

Załącznik A. Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Dotyczy uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego
w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.
Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....
.....
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia*

*Niepotrzebne skreślić