



WNIOSEK

o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Sosnowca w latach 2017-2020”.

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)

Data urodzenia.....

Imię i nazwisko (mężczyzna)

Numer telefonu adres email

wniosujemy o objęcie dofinansowaniem w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Miasta Sosnowca w latach 2017-2020”.

Jednocześnie oświadczamy, że:

1. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim*
2. od co najmniej roku zamieszkujemy na terenie Sosnowca**:

Imię Nazwisko
ulica nr domu
nr lokalu

Imię Nazwisko
ulica nr domu
nr lokalu

3. poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego*.
4. ubiegamy się o dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach Programu tylko u jednego realizatora Programu – podmiotu leczniczego

udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego.

5. jesteśmy świadomi, iż możemy skorzystać wyłącznie z jednokrotnego dofinansowania w ramach realizacji programu w 2020r.
6. jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za przestępstwo składania fałszywych zeznań (art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – kodeks karny: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3), co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis – kobieta)

.....
(podpis – mężczyzna)

* właściwie podkreślić

**może dotyczyć tylko jednej z osób pozostającej w związku małżeńskim lub partnerskim