Załącznik Nr 3

 Do Umowy Nr WZO/PrZ/ /2018

**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): ………………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL (kobieta)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Imię i nazwisko (mężczyzna): ……………………………………………………………………………

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL (mężczyzna)  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Numer telefonu: …………………………………………………

Adres email: …………………………………………………

wnioskujemy 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 zamieszkuję na terenie Sosnowca \*\*:

Imię ………………… Nazwisko …………………

Ulica ………………… nr domu ………………… nr lokalu …………………

Imię ………………… Nazwisko …………………

Ulica ………………… nr domu ………………… nr lokalu …………………

1. Poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego\*.
2. 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.
3. Jesteśmy świadomi, iż możemy skorzystać wyłącznie z jednokrotnego dofinansowania w ramach realizacji programu w 2018 roku.
4. Jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za przestępstwo składania fałszywych zeznań
(art. 233 §1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – kodeks karny: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postepowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności dl lat 3”), co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.

……………………………. …………………………….

(miejscowość, data) (podpis – kobieta)

 …………………………….

 (podpis – mężczyzna)

\* właściwie podkreślić

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