………………………………..

Pieczęć WZSOZ Data

 **DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROGRAMIE**

Imię i nazwisko pacjenta: ………………………….……………………………..…………

PESEL: …………………………………………………………………….……..……………………

Adres zamieszkania: ……………………….………………………………...…………………

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………….

Adres e-mail: …………………………………………………..………………………………………

potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikacji do Programu, określone w Regulaminie.

Jestem osobą:

powyżej 18 roku życia z cukrzycą typu 1 bez względu na czas trwania choroby – mieszkańcem miasta Wrocławia

 lub

powyżej 18 roku życia z cukrzycą typu 2 bez względu na czas trwania choroby –

mieszkańcem miasta Wrocławia

Zapoznałem/am się z Regulaminem Programu i akceptuję jego postanowienia.

Wyrażam zgodę na wgląd do mojej dokumentacji medycznej powstałej w trakcie realizacji

Programu w celu kontroli przez wszystkie uprawnione podmioty.

Zostałem/am poinformowany/a, że Program jest współfinansowany przez Miasto oraz Samorząd Województwa Dolnośląskiego.

Niniejszym oświadczam, że wszystkie dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Zostałem/am poinformowany/a o odpowiedzialności za złożenie oświadczenia niezgodnego z prawdą.

 ………………………………………….

 (Data, czytelny podpis uczestnika)