



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko

PESEL

Adres

Nr telefonu kontaktowego..... E-mail

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) - okres realizacji 2017-2023”**.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w ww. programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego **„Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) - okres realizacji 2017-2020”** przez realizatora

.....
- zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późniejszymi zmianami) i Umową Nr na realizację ww. programu.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis)