

OŚWIADCZENIE OPIEKUNA

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA.....

IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA.....

AKTUALNY ADRES ZAMIESZKANIA

PESEL DZIECKA.....AKTUALNY NR TELEFONU.....

JA NIŻEJ PODPISANY OŚWIADCZAM, ŻE KORZYSTAM/NIE KORZYSTAM*(niewłaściwe skreślić) Z NASTĘPUJĄCEJ POMOCY DLA DZIECKA W ZAKRESIE REHABILITACJI:

Inne formy pomocy to (proszę opisać):

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji zadania pt. „ Zadanie z zakresu ochrony zdrowia polegające na podejmowaniu działań w 2018 roku, mające na celu poprawę jakości opieki nad osobami przewlekle i nieuleczalnie chorymi, przebywającymi w środowisku domowym z terenu Miasta Wałbrzycha, w tym rehabilitacja i zakup niezbędnego sprzętu medycznego dla niepełnosprawnych, nieuleczalnie i przewlekle chorych dzieci”

Czytelny podpis opiekuna

.....

Świadomy/a jestem, że złożenie nieprawdziwego oświadczenia skutkować może cofnięciem pomocy, ze zwrotem kosztów finansowych za udzieloną pomoc włącznie.

Czytelny podpis opiekuna

.....

