

Załącznik nr 2

**do regulamin uczestnictwa w programie zdrowotnym pn. „Program - Leczenie Niepłodności Metodą
Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”**

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana* oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z Regulaminem uczestnictwa w programie zdrowotnym pn.: „Program - Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016” przeczytałem/przeczytałam* go, zrozumiałem/zrozumiałam* i zaakceptowałem/zaakceptowałam* jego postanowienia.

.....
imię i nazwisko

.....
adres miejsca zamieszkania

.....
miejsowość

.....
data

.....
*czytelny podpis osoby zgłaszającej się
do udziału w Programie lub opiekuna*

** Niepotrzebne skreślić*