

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025

Oświadczam, iż w dniu przystąpienia do Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025, jestem zameldowana/y i zamieszkuję na terenie gminy

WYPEŁNIĆ PISMEM DRUKOWANYM

ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że uzyskałam/em informacje dotyczące Programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025 oraz otrzymałam/em wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma/y faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymałam/em kopię niniejszego załącznika opatrzoną podpisem i datą.

<u>DATA</u>	<u>IMIĘ I NAZWISKO</u>	<u>PODPIS</u>

OŚWIADCZENIE REALIZATORA PROGRAMU POLITYKI ZDROWOTNEJ

w zakresie profilaktyki kleszczowego zapalenia mózgu dla mieszkańców Powiatu Leszczyńskiego na rok 2025

Oświadczam, że Uczestniczce / Uczestnikowi przekazano zasady udziału w programie oraz informacje o wskazaniach i przeciwwskazaniach do udziału w ww. programie.

<u>DATA</u>	<u>PODPIS I PIECZĄTKA OSOBY REPREZENTUJĄCEJ REALIZATORA PROGRAMU</u>