

Oświadczenie pacjenta

Imię i Nazwisko Pacjenta.....

PESEL.....

Adres zamieszkania

Miejscowość.....

ulica..... numer domu..... numer lokalu.....

Kod pocztowy.....

Numer telefonu

Oświadczam, że nie korzystam z takiego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków UE w czasie trwania niniejszego projektu.

Podpis.....

Miejscowość/data