Projekt „*Rehabilitacja onkologiczna dla mieszkańców województwa łódzkiego*"
jest współfinansowany z Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020
oraz z budżetu województwa łódzkiego

REH_ONKO_0AB_**U**

Oświadczenie uczestnika Programu

Imię i Nazwisko .....

PESEL | | | | | | | | | | | |

Telefon .....

Adres e-mail.....

1. Wyrażam zgodę na udział w Programie wraz z wynikającymi z niego świadczeniami zdrowotnymi w szczególności z świadczeniami z zakresu fizjoterapii, konsultacji psychologicznej i dietetycznej. Mam prawo zrezygnować z proponowanych świadczeń na każdym etapie i bez konsekwencji.

2. Oświadczam, że:
   - nie posiadam wydanego orzeczenia o trwałej niezdolności do pracy;
   - nie korzystam obecnie, jak również w trakcie uczestnictwa w Programie nie będę korzystać ze świadczeń rehabilitacji leczniczej w związku z trwającym/przebytym leczeniem onkologicznym finansowanych z innych środków publicznych, w tym: NFZ, ZUS, KRUS, budżetu państwa, budżetu jednostki samorządu terytorialnego w innym programie polityki zdrowotnej, Europejskiego Funduszu Społecznego w innym projekcie;
   - wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Informacja dodatkowa: Beneficjent realizujący projekt ma możliwość wystąpienia za pośrednictwem Urzędu Marszałkowskiego Województwa Łódzkiego do ww. instytucji o informacje dotyczące świadczeń udzielanych dla poszczególnych pacjentów.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis uczestnika Programu