



Fundusze
Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita
Polska

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Projekt „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
nr POWR.05.01.00-00-0032/17 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu
Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Załącznik nr 7 do Umowy

**OŚWIADCZENIE POTWIERDZAJĄCE SKORZYSTANIE ZE ŚWIADCZENIA
I OTRZYMANIA MATERIAŁÓW EDUKACYJNYCH**

Data:

Ja niżej podpisany (imię i nazwisko - *czytelnie*) oświadczam,
iż skorzystałem/-am z usługi medycznej – świadczenia lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (jedna
konsultacja) w ramach projektu „**Profilaktyka chorób naczyń mózgowych szansą na długie życie w zdrowiu**”
oraz otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie „Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych”.

.....
Podpis lekarza placówki POZ
(Imię i Nazwisko)

.....
Podpis pacjenta
(Imię i Nazwisko)