

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*