

**ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE POLITYKI ZDROWOTNEJ
W OBSZARZE REHABILITACJI MEDYCZNEJ WOJEWÓDZTWO WIELKOPOLSKIE –
deklaracja uczestnictwa w projekcie pn. *Wielkopolski program rehabilitacji
w Niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej "REHAT" w Wągrowcu,*
RPWP.06.06.01-30-0036/17**

Ja niżej podpisany(a)..... (wpisać imię i nazwisko drukowanymi literami) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania. Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw. Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Ponadto oświadczam, że zapoznałem(am) się z zapisami Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. *Wielkopolski program rehabilitacji w Niepublicznym zakładzie opieki zdrowotnej "REHAT" w Wągrowcu* RPWP.06.06.01-30-0036/17, i zobowiązuję się do przestrzegania zapisów w nim zawartych oraz, że spełniam wszystkie warunki uczestnictwa w Projekcie, m.in. dotyczący wieku uczestnictwa (dla kobiet 50-59 lat, dla mężczyzn 50-64 lata).

Pacjent:

.....
Imię i nazwisko (drukowanymi literami,) Podpis i data złożenia podpisu (ręką pacjenta) – wypełnia pacjent

Oświadczam, że omówiłem(am) ww. program z pacjentem(ką), używając zrozumiałych, możliwie prostych sformułowań oraz udzieliłem(am) informacji dotyczących natury i znaczenia ww. programu. Ww. osoba (pacjent) uzyskuje zgodę na badanie.

.....
Podpis i data złożenia podpisu – wypełnia Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej „REHAT” w Wągrowcu