



Program profilaktyki zdrowotnej MegaMed Sp. z o.o.

DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię, Nazwisko płeć: K M

data urodzenia:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 PESEL

Adres:

(powiat, kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Telefon: dom stacjonarny:..... kom:

Wyrażam zgodę na wykonanie u mnie kolonoskopii w ramach „Programu profilaktyki zdrowotnej MegaMed: „Program wczesnego wykrywania raka jelita grubego wśród mieszkańców powiatu bełchatowskiego, piotrkowskiego, radomszczańskiego i pączęzańskiego” nr projektu RPLD.10.03.03-10-A010/16, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO Województwa łódzkiego na lata 2014-2020. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla celów dokumentacji Programu.

Data..... Podpis.....

Oświadczam, że zapoznałam/em się z informacją do badania kolonoskopowego.

Data..... Podpis.....

Oświadczam, że mieszkam w miejscowości o liczbie ludności poniżej 20 tys. mieszkańców.

Data..... Podpis.....