

**ŚWIADOMA ZGODA**  
**na udział w programie polityki zdrowotnej pod nazwą**  
**„Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznówola na lata 2019-2023” w roku 2022**

.....  
Imię i nazwisko uczestnika  
.....

.....  
adres zamieszkania (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)  
.....

Ja niżej podpisana/y oświadczam, że:

- zostałam/em poinformowana/y o tym, że program finansowany jest ze środków Urzędu Gminy Lesznówola z dofinansowaniem NFZ,
- uzyskałam/em wyczerpujące informacje dotyczące programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Rehabilitacja lecznicza mieszkańców Gminy Lesznówola na lata 2019-2023” w roku 2022 oraz otrzymałam/em satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania,
- wyrażam dobrowolnie zgodę na przeprowadzenie świadczeń rehabilitacyjnych i edukacji w ramach niniejszego programu.

.....  
miejscowość, data

.....  
czytelny podpis uczestnika