

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Ja, niżej podpisany/a:

Nazwisko										
Imię										
Numer PESEL										
Wiek										

deklaruję chęć udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2020-2023” realizowanym przez Centrum Zdrowia Adam Muszyński Sp.j.

Jednocześnie oświadczam, że:

- Mam ukończone 60 lat.
- Mieszkam na terenie województwa mazowieckiego.
- Poruszam się bez sprzętów wspomagających i osób trzecich.
- Nie wykonuję systematycznie aktywności fizycznej.
- Nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.
- Przedłożę realizatorowi wszelkie niezbędne dokumenty do rozpoczęcia pobierania świadczeń, w tym druk świadomej zgody i oświadczenie o miejscu zamieszkania.
- W przypadku zakwalifikowania mnie do programu wyrażam zgodę na przeprowadzenie interwencji edukacyjnej przy użyciu rozwiązań teleinformatycznych i teletransmisyjnych.

Ponadto przedstawiam moje dane kontaktowe:

DANE KONTAKTOWE	
ADRES KORESPONDENCYJNY	
TELEFON KONTAKTOWY	
ADRES E-MAIL	

.....,

Miejscowość, data

.....

Czytelny podpis
osoby starającej się o uczestnictwo w projekcie