

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ
w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po
60 roku życia na lata 2020-2023”

.....

Imię i nazwisko uczestnika

.....

Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej w zakresie poprawy sprawności fizycznej osób po 60 roku życia na lata 2020-2023” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Samorządu Województwa Mazowieckiego.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadoma(y) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

.....

Data i podpis uczestnika

Oryginał/kopia¹

¹ niepotrzebne skreślić