



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



## Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: **Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.**

Tytuł projektu: **„Wdrożenie profilaktyki chorób naczyń mózgowych”**

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0037/17-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	