

**Załącznik nr 8**

**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzieleniu i otrzymaniu świadczenia zdrowotnego**

**Tytuł projektu:** „Masz niepokojące znamiona na skórze? Sprawdź je! - Regionalny program profilaktyki czerniaka i innych nowotworów skóry”

**Beneficjent:** Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED sp. z o.o.

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Świadczenie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) – jedna konsultacja
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
<b>Podpis uczestnika projektu</b>	.....
Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
<b>Podpis i pieczęć osoby</b> udzielającej świadczenia zdrowotnego	.....