



Projekt pn. „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego” RPLD.10.03.03-10-A001/21 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach RPO WŁ na lata 2014-2020

**Załącznik nr 6A**

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

**Tytuł projektu:** „BADAĆ SIĘ TO NIE WSTYD - Regionalny program profilaktyczny w kierunku wczesnego wykrywania nowotworów jelita grubego

**Beneficjent/Partner:** Specjalistyczny Szpital Onkologiczny NU-MED sp. z o.o./Tomaszowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<b>BADANIE PRZESIEWOWE RAKA JELIA GRUBEGO (kolonoskopia)</b>
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo/powiat	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
<b>Podpis uczestnika projektu</b>	.....
Nazwa i adres podmiotu leczniczego, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	TOMASZOWSKIE CENTRUM ZDROWIA Sp. z o.o. 97-200 Tomaszów Mazowiecki, ul. Jana Pawła II 35
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
<b>Podpis i pieczęć osoby</b> udzielającej świadczenia zdrowotnego	.....

Potwierdzam otrzymanie wyniku badania oraz dalszych zaleceń lekarskich w dniu ..... \*

Proszę o przesłanie wyniku badania oraz dalszych zaleceń lekarskich pocztą na mój adres zamieszkania (przesyłka za potwierdzeniem odbioru)\*.

.....

**PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**