Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: Lider – Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Białymstoku
Tytuł projektu: „Postaw na profilaktykę-Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych w województwach mazowieckim, podlaskim i warmińsko-mazurskim"
Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0035/17-00
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	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne w zakresie …….	
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 medyczne / diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania medyczne / diagnostyczne	