

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w Programie „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Radomska na lata 2021 - 2023”

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko /kobieta/

PESEL /kobieta/																			
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko /mężczyzna/

PESEL /mężczyzna/																			
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonu..... adres email.....

oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim;
- jesteśmy mieszkańcami miasta Radomska i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:

ulica nr domunr lokalu

- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego/podlegamy kwalifikacji do programu,
- ubiegamy się o dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach Programu jednocześnie nie więcej niż u jednego Realizatora Programu – podmiotu leczniczego udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis -kobieta)

.....
(czytelny podpis - mężczyzna)