

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE I OŚWIADCZENIA PAR

My, niżej podpisani, wyrażamy świadomą zgodę na udział w programie polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Lublin na lata 2023-2025”,

Imię i nazwisko (kobieta).....

PESEL (kobieta)	
-----------------	--

Imię i nazwisko (mężczyzna).....

PESEL (mężczyzna)	
-------------------	--

Oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim TAK/NIE*,
- jesteśmy mieszkańcami miasta Lublin od co najmniej 12 miesięcy TAK/NIE*,
- płacimy podatki w I lub III Urzędzie Skarbowym w Lublinie,
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem /posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego/mamy wskazanie do kriokonserwacji komórek jajowych przed leczeniem gonadotoksycznym*,
- ubiegamy się o dofinansowanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego/ kriokonserwacji komórek jajowych przed leczeniem gonadotoksycznym* realizowanego w ramach Programu jednocześnie nie więcej niż u jednego Realizatora Programu,
- nie jesteśmy uczestnikami innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych;

- jesteśmy świadomi, iż możemy skorzystać wyłącznie z dofinansowania na dwie procedury medyczne w ramach realizacji programu w latach 2023-2025, a pozostałe koszty leczenia poniesiemy z własnych środków;
- jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za przestępstwo składania fałszywych zeznań (art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997r. – kodeks karny: „kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę podlega karze pozbawienia wolności do lat 3), co potwierdzamy własnoręcznym podpisem.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis - kobieta)

.....
(czytelny podpis - mężczyzna)

* właściwe podkreślić

Uwaga: wypełniony formularz pozostaje w dokumentacji w podmiocie realizującym Program.

