

Załącznik A. Wzór Oświadczenia o miejscu zamieszkania

*Dotyczy uczestnictwa w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia
pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku*

.....

Imię i nazwisko uczestnika

.....

Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....

Imię i nazwisko uczestnika

.....

Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że mieszkam na terenie województwa wielkopolskiego
w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.

Otrzymałam/-tem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

.....

.....

Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia*

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik B. Wzór świadomej zgody na udział w Programie

**Świadoma/-y zgody na udział w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku.**

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

.....
Imię i nazwisko uczestnika

.....
Adres zamieszkania (ulica, numer mieszkania/domu, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące
*Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla
mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku* oraz otrzymałam/-łem satysfakcjonujące
mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałam/-łem poinformowana/-y, o tym, że Program finansowany jest ze środków Budżetu
Województwa Wielkopolskiego.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze
finansowanego ze środków publicznych oraz, że nie uczestniczyłam/-łem w podobnym Programie
finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jestem świadoma/-y faktu, że w każdej
chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie
realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażamy zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.

.....
.....
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia*

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik C. Wzór pisemnej rezygnacji z dalszego udziału w Programie

**Rezygnacja z dalszego udziału w Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego
w 2024 roku**

.....
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

.....
Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że rezygnuję z dalszego udziału w *Programie polityki zdrowotnej
leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa
wielkopolskiego w 2024 roku.*

Powodem mojej rezygnacji jest*:

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Data i podpisy uczestników

Oryginał/kopia**

*Wskazanie powodu rezygnacji jest nie obowiązkowe

**Niepotrzebne skreślić

Załącznik D. Wzór ankiety satysfakcji uczestników Programu

**Ankieta satysfakcji uczestników Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą
zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku.**

Szanowni Państwo,

ankieta ta ma na celu poznanie Pani/Pana opinii, sugestii oraz uwag na temat udziału w *Programie polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku*.

Badanie jest anonimowe, a jego wyniki posłużą do monitorowania jakości programu. Prosimy o jej wypełnienie i przekazanie wyznaczonej osobie. Dziękujemy za poświęcony czas.

W pytaniach 1-5 należy zaznaczyć odpowiedź w skali 1-5, gdzie:

1 - oznacza ocenę najniższą, 5 - oznacza ocenę najwyższą.

1. W jakim stopniu program spełnił Pani/Pana oczekiwania?

1 2 3 4 5

2. Jak Pani/Pan ocenia personel pracujący przy realizacji Programu?

1 2 3 4 5

3. Jak ocenia Pani/Pan organizację Programu?

1 2 3 4 5

4. W jakim stopniu odpowiadała Pani/Panu atmosfera panująca w trakcie trwania Programu?

1 2 3 4 5

5. Czy poleciliby/poleciłby Pani/Pan udział w Programie innym osobom?

1 2 3 4 5

6. Skąd dowiedziała/ł się Pani/Pan o możliwości aplikowania do Programu (zaznacz jedną odpowiedź)?

- z podmiotu leczniczego,
- z Internetu,
- od znajomych/innych uczestników,
- inne (jakie?)

7. Czy uważa Pani/Pan, że Program powinien być kontynuowany w następnych latach?

- tak
- nie

Program polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla
mieszkańców województwa wielkopolskiego w 2024 roku

8. Czy wprowadziłaby/łby Pani/Pan jakieś zmiany w organizacji Programu?

- tak (jeśli tak to jakie?)

.....
.....

- nie

9. Inne uwagi

.....
.....
.....

Dziękujemy za pomoc i wypełnienie ankiety.

Uzyskane dzięki Państwu informacje pomogą nam w zapewnieniu wysokiej jakości świadczonych usług i zapewnieniu najwyższego komfortu uczestnikom Programu.