

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU

„Ruch, zdrowa dieta, edukacja i opieka krokiem do szczęśliwej i pogodnej jesieni życia”

Dane Beneficjenta:

Imię: Nazwisko:

Wiek: PESEL:

Dane kontaktowe:

Adres zamieszkania:

(ulica, kod pocztowy, miejscowość)

Adres korespondencyjny (jeżeli inny niż zamieszkania)

Telefon: E-mail:

Opis uzupełniający:

Jednostka chorobowa:

Czy Beneficjent samotnie zamieszkuje gospodarstwo domowe?

Wymień opiekuna/ów faktycznych (Podaj imię, nazwisko i telefon kontaktowy do osoby sprawującej opiekę nad Beneficjentem)

Czy Beneficjent w chwili obecnej korzysta ze świadczeń finansowanych przez NFZ w zakresie:

- zespołu opieki długoterminowej dla pacjentów wentylowanych mechanicznie w domu?

.....

- rehabilitacji domowej?

.....

(proszę podać okres trwania finansowanych świadczeń)

Oświadczam, że zgodnie z art.24 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, ze zm.) zostałem/am poinformowany/a o tym, że dane zbierane są przez Gminny Ośrodek Zdrowia w Gogolinie, ul. Szkolna 2, 47-320 Gogolin

.....
Data i podpis Beneficjenta/opiekuna faktycznego