

**Zgoda na udział w programie**

**„Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19”**

.....  
*Imię i nazwisko uczestnika*

.....  
*(telefon, email)*

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

Ja niżej podpisana(y) oświadczam, że uzyskałam(em) wyczerpujące informacje dotyczące „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19” oraz otrzymałam(em) satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Zostałem poinformowany o tym, że program finansowany jest ze środków Gminy Kobierzyce.

Oświadczam, że jestem mieszkańcem Gminy Kobierzyce.

Oświadczam, że nie jestem uczestnikiem innego programu o podobnym charakterze finansowanym ze środków publicznych oraz nie korzystam aktualnie ze świadczeń przewidzianych w programie, które finansowane są ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia.

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.

Otrzymałam(em) kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji programu zgodnie z obowiązującym prawem.

.....  
*Data i podpis uczestnika*