



Dzienny Dom Opieki Medycznej

Opieka medyczna dla powiatu stawieńskiego
w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020
współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.



NIEPUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
ARS MEDICA
76-100 Sławno, ul. Koszalińska 4, tel. 59 810 58 55

Formularz zgłoszeniowy do projektu DDOM NZOZ ARS MEDICA ul. Koszalińska 4, 76-100 Sławno

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób.

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail o ile dotyczy	

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU (który podpisuje Załącznik nr 5 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie)	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np..sąsiad)	
Kod pocztowy, Miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznał/-am/em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są prawdziwe.

Data

Czytelny podpis pacjenta