Załącznik nr 3

do Szczegółowych warunków konkursu ofert
na wybór realizatorów w latach 2017-2020

programu polityki zdrowotnej
„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego
dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020”

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Przystępując do udziału w ***programie polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020”***

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta) ….…………………………….………………...............................

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

Imię i nazwisko (mężczyzna) ….…………………………….……………….........................

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

Numer telefonu …………………………………adres e-mail………………………………….

**oświadczamy, że**

* pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim od roku ...................................
* jesteśmy mieszkańcami Poznania i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:

ulica ........................................................................... nr domu .........................

nr lokalu ....................., kod pocztowy …………………. POZNAŃ, (NIP-3/ZAP-3**\***)

* poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem / posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego,
* ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Miasta Poznania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach wyżej ww. programu, jednocześnie nie więcej niż u jednego Realizatora programu, tj. podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego na terenie Poznania.

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis - kobieta )

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

 (czytelny podpis - mężczyzna)

**\*– właściwe podkreślić i załączyć do niniejszego oświadczenia kserokopię dokumentu**

Poznań, ........................

**.............................................**

imię i nazwisko - kobieta

**.............................................**

imię i nazwisko - mężczyzna

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że wyrażam zgodę – w związku z art. 7 pkt 5 w odniesieniu
do art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.) – na gromadzenie i przetwarzanie przez Prezydenta Miasta Poznania, z siedzibą w Poznaniu przy pl. Kolegiackim 17, danych osobowych zawartych we wniosku kierującym do programu polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2017-2020” w celu uzyskania dofinansowania do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego.

Oświadczam, że poinformowano mnie o przysługujących mi prawach,
w szczególności o dobrowolności podania danych, prawie dostępu do treści danych
i ich poprawiania oraz o możliwości odwołania niniejszej zgody w każdym czasie. Mam jednocześnie świadomość, że brak zgody na przetwarzanie danych
lub jej odwołanie jest równoznaczne z rezygnacją z udziału w przedmiotowym programie.

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

podpis uczestnika programu - kobieta

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

podpis uczestnika programu - mężczyzna