



OŚWIADCZENIE OTRZYMANIA ŚRODKA PRZECZYSZCZAJĄCEGO
W PROJEKCIE „WARTO SIĘ BADAĆ- PROGRAM PROFILAKTYKI RAKA JELITA GRUBEGO”

Nazwisko i Imię Pacjenta.....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PESEL

Adres zamieszkania.....
(kod pocztowy, miasto, ulica, nr domu, nr mieszkania)

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że otrzymał(em)/am nieodpłatnie środek do oczyszczania jelit i zapoznałem się z instrukcją przygotowania się do bezpłatnego badania kolonoskopii w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej we Włodawie w Pracowni Endoskopii w ramach projektu pn. „Warto się badać- program profilaktyki raka jelita grubego” realizowanego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3

.....
Data, Miejscowość

.....
Czytelny Podpis