PL-BY-UA 2014-2020 Unia Europejska

Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY UDZIAŁU W BADANIU HCV

OŚWIADCZENIE O WYRAŻENIU CHĘCI UCZESTNICTWA W BADANIU

Nazwisko i imię Uczestniczki/Uczestnika Projektu .....

Adres zamieszkania .....

PESEL

Ja niżej podpisana/podpisany oświadczam, że wyrażam chęć uczestnictwa w bezpłatnym badaniu przesiewowym krwi na obecność wirusa HCV (p/ciał anty-HCV) w ramach projektu „Poprawa bezpieczeństwa epidemiologicznego na polsko-białoruskim obszarze przygranicznym".

Wyrażam dobrowolnie zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w oświadczeniu przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej, ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska.

Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej, ul. Terebelska 57-65, 21-500 Biała Podlaska. Moje dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie w celu realizacji Projektu, w szczególności potwierdzania udzielenia wsparcia uczestnikom Projektu oraz sprawozdawczości z wykonanych badań.

…….. ……..
miejscowość, data czytelny podpis

OŚWIADCZENIE O WYKONANIU BADANIA

Oświadczam, że odbyłam/odbyłem bezpłatne badanie w ramach projektu „Poprawa bezpieczeństwa epidemiologicznego na polsko-białoruskim obszarze przygranicznym" w dniu …….

…….. ……..
miejscowość, data czytelny podpis

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej (Europejskiego Instrumentu Sąsiedztwa)
w ramach Programu Współpracy Transgranicznej Polska-Białoruś-Ukraina 2014-2020