



Fundusze Europejskie
dla Lubelskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Białej Podlaskiej
ul. Terebelska 57/65
21-500 Biała Podlaska

**Świadoma zgoda na udział (minimalny zakres) w Regionalnym Programie
Zdrowotnym pn.: „Regionalny program zdrowotny dotyczący raka płuca na terenie
województwa lubelskiego”**

Imię i Nazwisko.....

PESEL.....

1. Wyrażam świadomą zgodę na udział w ww. Programie.

2. Oświadczam, że:

- posiadam status mieszkańca województwa lubelskiego;
- w ciągu ostatniego roku nie korzystałem(am) z innych analogicznych programów finansowanych ze środków publicznych;
- wszystkie podane przez mnie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

Oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej jego części bez podania przyczyny. Przez podpisanie zgody na udział w w/w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

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

Zostałem(em) poinformowana(y) o tym, że program finansowany jest ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego Plus w ramach programu Fundusze Europejskie dla Lubelskiego 2021-2027, a udział w nim jest bezpłatny.

.....
Biała Podlaska, data

.....
Podpis uczestnika Programu