**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

**Beneficjent:** Narodowy Instytut Onkologii im. Marii Skłodowskiej-Curie – Państwowy Instytut Badawczy w  Warszawie.

**Tytuł projektu:** „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi**”**

**Numer umowy**: POWR.05.01.00-00-0010/16-00

**Tytuł programu profilaktycznego**: „Nie trać głowy – program profilaktyki i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi” realizowany w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne, zgodnie z „Ogólnopolskim programem profilaktyki pierwotnej i wczesnego wykrywania nowotworów głowy i szyi”

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu- zgodna z wykazem stawek jednostkowych |  |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| Pesel |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Podpis uczestnika projektu |  |
|  |  |
| Nazwa przedmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego |  |
| Adres podmiotu leczniczego |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne |  |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne |  |