



Zakopane, data

**Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny
Im. S. Jasińskiego w Zakopane
34-500 Zakopane
Ul. Ciągłówka 9**

**Program profilaktyki i rehabilitacji osób z
dysfunkcji narządu ruchu**

Imię i nazwisko

PESEL

ZGODA NA UDZIAŁ

**w „Programie profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców
powiatu tatrzańskiego, nowotarskiego i limanowskiego”**

Ja,

Wyrażam zgodę na udział w „Programie profilaktyki i rehabilitacji dysfunkcji narządu ruchu dla mieszkańców powiatu tatrzańskiego, nowotarskiego i limanowskiego”.

Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem/-am się i akceptuję Regulamin projektu (stanowiącego Załącznik nr 1 do Regulaminu organizacyjnego projektu „W STRONĘ ZDROWIA! - Profilaktyka i rehabilitacja osób z dysfunkcjami narządu ruchu” w Wojewódzkim Szpitalu Rehabilitacyjnym im. dr. S. Jasińskiego w Zakopanem), w części dotyczącej Rekrutacji do projektu.

.....
podpis