**Załącznik nr 11 do umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00**



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

Beneficjent: **Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny**

Tytuł projektu: ***„Uśmiech Mamy" Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”***

Numer umowy: ***nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00***

Tytuł programu profilaktycznego: **Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych  | **Konsultacja psychologiczna** |
| Imię i nazwisko uczestnika |  |
| PESEL  |  |
| Adres zamieszkania |  |
| Województwo |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Podpis uczestnika projektu |  |
|  |
| Nazwa podmiotu 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 |  |