**Załącznik nr 12 do umowy o dofinansowanie projektu nr POWR.05.01.00-00-0009/19-00**



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

Beneficjent: **Instytut Gruźlicy i Chorób Płuc wraz z partnerem: Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o.o.**

Tytuł projektu: ***"Co zakłóca Twoje płuca" Program profilaktyki nowotworów płuc***

Numer umowy: ***nr POWR.05.01.00-00-0009/19-00***

Tytuł programu profilaktycznego: ***Ogólnopolski Program Wczesnego Wykrywania Raka Płuca (WWRP) za Pomocą Niskodawkowej Tomografii Komputerowej (NDTK) – połączenie prewencji wtórnej z pierwotną w celu poprawy świadomości dotyczącej raka płuca wśród społeczeństwa   
i personelu ochrony zdrowia***

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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 |  |