



**Załącznik nr 2**

**Załącznik nr 3**

## DEKLARACJA UCZESTNICTWA

Imię i nazwisko .....

PESEL .....

Adres .....

Nr telefonu kontaktowego ..... E-mail.....

Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o zasadach programu profilaktycznego: „**Pilotażowy Program Profilaktyki Chorób Odkleszczowych (ICD10: A69) – okres realizacji 2019- 2023**”.

Wyrażam zgodę na uczestnictwo w w/w programie oraz zobowiązuję się do realizacji obowiązków wynikających z przystąpienia do programu, w tym w szczególności uczestniczenia w 2 wizytach lekarskich i wypełniania ankiet.

Przyjmuję do wiadomości, że uczestnictwo w programie ma charakter nieodpłatny.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych, wyłącznie w celach związanych z realizacją programu profilaktycznego „**Pilotażowy Program Profilaktyki Chorób Odkleszczowych (ICD10: A69) – okres realizacji 2019-2023**” przez realizatora Szpital Ogólny im. W. Gineła w Grajewie oraz podmioty, które uczestniczą w realizacji projektu POZ i AOS zamieszczone na stronie internetowej <https://ppcograjewo.pl/index.php>

- zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 1781 z późn. zm. i Umową Nr POWR.05.01.00-00-0007/20 na realizację w/w programu.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis)

