

.....
(miejsowość, data)

.....
(imię, nazwisko i PESEL - kobieta)

.....
(imię, nazwisko - mężczyzna)

.....
(adres zamieszkania)

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w programie pn. „Program polityki zdrowotnej z zakresu wsparcia leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego – in vitro dla mieszkańców Miasta Bydgoszczy w latach 2019-2022” oświadczamy, że:

1. nie korzystaliśmy w latach poprzednich z procedur w ramach ww. programu u realizatorów: Klinika Zdrowko s. c. Iwona Adamczak, Rafał Adamczak Niemcz oraz Gameta-Szpital sp. z o.o. i Wspólnicy sp. k. Rzgów
2. pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim*
3. jesteśmy mieszkańcami Bydgoszczy
4. wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów.
5. wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Realizatora Programu oraz przekazanie danych tylko w zakresie niezbędnym (imiona i nazwiska, PESEL kobiety, miejsce zamieszkania) do złożenia wniosku i innej dokumentacji do Urzędu Miasta Bydgoszczy w sprawie dofinansowania procedury zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa partnerskiego / zapłodnienia pozaustrojowego w ramach dawstwa innego niż partnerskie / adopcji zarodka*, a także niezbędnych dokumentów do sprawozdawczości z realizacji Programu.

Deklarujemy udział w programie realizowanym przez

.....
(nazwa podmiotu leczniczego – Realizatora Programu)

Oświadczamy, że ww. dane są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis uczestnika Programu - kobieta)

.....
(podpis uczestnika Programu – mężczyzna)

* niewłaściwe skreślić