

**Oświadczenie uczestnika „Programu profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy
w gminie Buk”**

I. Dane uczestnika

| | | |
|-----------------------|--|-----------------------|
| Nazwisko | | Data urodzenia |
| Imię | | / / |
| Nr PESEL ¹ | | (dzień/miesiąc/rok) |

II. Oświadczenie uczestnika Programu.

Oświadczam, że nie korzystam równocześnie ze świadczeń dot. profilaktyki i wczesnego wykrywania osteoporozy w ramach innych programów polityki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

.....
(data i podpis uczestnika/opiekuna prawnego)

¹ lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL