



Załącznik nr 3

Oświadczenie lekarza/ osoby wykonującej badanie diagnostyczne i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym.

Beneficjent: Śląskie Centrum Reumatologii, Rehabilitacji i Zapobiegania Niepełnosprawności im.Gen. Jerzego Ziętka w Ustroniu Sp. z o.o.

Tytuł projektu: „Profilaktyka osteoporozy w makroregionie śląskim”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0013/18

Tytuł programu profilaktycznego: Program koordynacji profilaktyki złamań osteoporotycznych

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych.	
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnikaprojektu	
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.	