

OŚWIADCZENIE

dla uczestnika objętego wsparciem w ramach projektu
„Kolonoskopia- zrób to dla siebie!” dla osób z terenu powiatu proszowickiego
RPMP.08.06.02-12-0325/20

DANE UCZESTNIKA PROJEKTU:	
IMIĘ I NAZWISKO	
PESEL	
DATA URODZENIA	

Ja niżej podpisany/a potwierdzam odbiór w dniu preparatu czyszczącego MOVIPREP w ilości 1 opakowanie, tj.: 4 saszetki do badania kolonoskopowego.

Jednocześnie zobowiązuję się do zwrotu całkowitego kosztu preparatu czyszczącego MOVIPREP w wysokości(zł) w kasie Comarch Healthcare S.A. (adres: CM iMed24, ul. Życzkowskiego 29, 31-864 Kraków) w przypadku niezgłoszenia się na badanie w wyznaczonym terminie lub rezygnacji z badania w terminie 7 dni od planowanej daty badania.

PODPIS OSOBY WYDAJĄCEJ PREPARAT	
CZYTELNY PODPIS OSOBY ODBIERAJĄCEJ PREPARAT	