

OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROJEKTU

pn. „Szybkie i bezpłatne wsparcie osób z chorobami przewlekłymi układu kostno-stawowego i mięśniowego w Bytomiu w ramach Regionalnego Programu Zdrowotnego” przez Zarząd Województwa Śląskiego

1. Imię (imiona) i Nazwisko	
2. PESEL	
3. Adres	
4. Nr Dowodu osobistego	

Ja niżej podpisany/a, zobowiązuję się do:

1. Udziału w kompleksowej rehabilitacji medycznej obejmującej:

- pierwszą wizytę lekarską,
- pierwszą poradę fizjoterapeutyczną,
- indywidualny plan rehabilitacyjny (15 dni zabiegowych, czas trwania jednego dnia zabiegowego – do 1 godziny),
- drugą wizytę lekarską realizowaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji,
- drugą poradę fizjoterapeutyczną realizowaną po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji,
- kontrolną wizytę lekarską realizowaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji,

2. Udziału w zajęciach edukacyjnych, (3 spotkania 45-minutowe w zakresie edukacji zdrowotnej, 3 spotkania 45-minutowe w zakresie edukacji żywieniowej, 3 spotkania 45-minutowe w zakresie psychoedukacji).

W przypadku nieuzasadnionego przerwania udziału w kompleksowej rehabilitacji zobowiązuję się do zwrotu realizującemu projekt 100% kosztów mojego udziału w projekcie liczonych zgodnie ze stawkami komercyjnymi obowiązującymi w dniu otrzymania usług.

[Data i miejsce]

[Czytelny podpis Uczestnika Projektu]