



KARTA ZGŁOSZENIOWA DO PROJEKTU

Aktywni kontra mukowiscydoza II
GDYNIA 2018

Miejscowość, data.....

Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą
Oddział w Gdańsku
ul. Polanki 119
80-308 Gdańsk

Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pn.
„Aktywni kontra mukowiscydoza II”.

NAZWISKO I IMIĘ OSOBY CHOREJ	
NAZWISKO I IMIĘ RODZICA/OPIEKUNA (dotyczy osób niepełnoletnich)	
PESEL OSOBY CHOREJ	
ADRES ZAMIESZKANIA OSOBY CHOREJ (ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość)	
TELEFON KONTAKTOWY STACJONARNY/ KOMÓRKOWY OSOBY CHOREJ LUB RODZICA/OPIEKUNA - dotyczy osób niepełnoletnich	
E-MAIL OSOBY CHOREJ LUB RODZICA/OPIEKUNA - dotyczy osób niepełnoletnich	

Uzasadnienie konieczności przyjęcia do projektu:

.....
.....
.....

Oświadczam, że znane mi są zasady realizacji i rekrutacji do projektu.

ZAŁĄCZAM DOKUMENTY:

- oświadczenie o zgodzie na przetwarzanie danych osobowych
- kopię ostatnich wyników badań (wymaz z gardła, spirometria, wypis ze szpitala dot. ostatniej hospitalizacji)
- aktualne orzeczenie o niepełnosprawności

.....
podpis

Projekt dofinansowany ze środków Urzędu Miasta Gdyni.

