

**OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELONYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM**

Beneficjent: 107 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ w Wałczu

Tytuł projektu: „Ogólnopolski Program Profilaktyki Chorób Naczyń Mózgowych (ICD10: I60-I69) –okres realizacji 2017-2023”

Numer umowy: POWR.05.01.00-00-0030/17-00

Tytuł programu profilaktycznego: „*Program profilaktyki chorób naczyń mózgowych realizowany przez 107 Szpital Wojskowy w Wałczu w województwach zachodniopomorskim, wielkopolskim, kujawsko-pomorskim i pomorskim*”

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko uczestnika	
Pesel	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne	