



Załącznik nr 4 – oświadczenie lekarza/personelu medycznego i Uczestnika Projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

OŚWIADCZENIE LEKARZA/PERSONELU MEDYCZNEGO I UCZESTNIKA PROJEKTU O UDZIELONYM ŚWIADCZENIU ZDROWOTNYM

Beneficjent: **COPERNICUS Podmiot Leczniczy Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Nowe Ogrody nr 1-6, 80-803 Gdańsk**

Tytuł projektu: **„Przystanek MAMA”**

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0023/18-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **„Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego Uczestnikowi Projektu – zgodna z wykazem stawek jednostkowych	
Imię i nazwisko Uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Telefon	
E-mail	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Potwierdzam, iż otrzymałem/-am materiały edukacyjne i informację o stronie internetowej projektu	
Podpis Uczestnika Projektu	

Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenia zdrowotnego lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć	