



ŚRODOWISKOWE
CENTRUM ZDROWIA
PSYCHICZNEGO
POZNAŃ-PÓŁNOC

Imię i nazwisko:

PESEL: _____

Oświadczenie

Przystępując do projektu „Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego Poznań-Północ” współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach WRPO - działanie 7.2: *Usługi Społeczne i zdrowotne*, oświadczam, że nie będą równolegle korzystać w tym samym czasie z usług o tym samym charakterze finansowanych ze środków NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), co usługi świadczone na moją rzecz w projekcie.

.....
Data i podpis pacjenta

