

Załącznik nr 1 do regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie „Dzienny Dom Opieki Medycznej dla mieszkańców Poznania”

Formularz zgłoszeniowy do Dziennego Domu Opieki Medycznej

Proszę wypełnić wszystkie pola w czytelny sposób

DANE OSOBOWE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU	
Nazwisko	
Imię (Imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia (miejscowość, województwo)	
PESEL, w przypadku braku – nr dokumentu potwierdzającego tożsamość Świadczeniobiorcy	
ADRES ZAMIESZKANIA (dane zgodne z dokumentem tożsamości)	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
DANE KONTAKTOWE	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

POZnań*



Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA	
Imię i Nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/relacja z opiekunem	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się, rozumiem i akceptuję Regulamin rekrutacji i uczestnictwa w projekcie.
2. Oświadczam, że dane zawarte w niniejszym Formularzu są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata

POZnań*



FLANDRIA
 Stowarzyszenie
 Wzajemnej Pomocy

Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2023” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania