

### Formularz zgłoszeniowy do Dziennego Domu Opieki Medycznej

Proszę wypełnić wszystkie pola DRUKOWANYMI LITERAMI :

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

**POZnań\***



**FLANDRIA**  
Stowarzyszenie  
Wzajemnej Pomocy

Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail	

<b>DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/OPIEKUNA</b>	
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  
 Dziennego Domu Opieki Medycznej

.....  
 Czytelny podpis ubiegającego się o przyjęcie do

**POZnań\***

**FUNDACJA  
 CENTERMED  
 POZNAŃ**



**FLANDRIA**  
 Stowarzyszenie  
 Wzajemnej Pomocy

Projekt „DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ DLA MIESZKAŃCÓW POZNANIA - 2025” jest finansowany ze środków budżetowych Miasta Poznania