**Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym**

**Beneficjent:** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 4 w Lublinie

**Tytuł projektu**: „Profilaktyka przede wszystkim – wczesne wykrywanie reumatoidalnego zapalenia stawów u osób w wieku aktywności zawodowej w woj. lubelskim, świętokrzyskim, podkarpackim   
i mazowieckim – projekt pilotażowy Kliniki Reumatologii i Układowych Chorób Tkanki Łącznej Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 4 w Lublinie”

**Numer umowy:** POWR.05.01.00-00-0025/17-00

**Tytuł programu profilaktycznego:** Ogólnopolski Program Profilaktyki Pierwotnej i Wczesnego Wykrywania Reumatoidalnego Zapalenia Stawów

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| Data udzielenia świadczenia zdrowotnego |  |
| Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne /diagnostyczne |  |
| Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne /diagnostyczne |  |