



Projekt współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020

## OŚWIADCZENIE LEKARZA I UCZESTNIKA PROGRAMU O UDZIELENIU DANEGO ŚWIADCZENIA

realizowanego w ramach Projektu pn. „*RAK NA WSPAK – wsparcie profilaktyki w kierunku wczesnego wykrywania raka jelita grubego w województwie świętokrzyskim*”, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, Oś Priorytetowa 8 *Rozwój edukacji i aktywne społeczeństwo*, Działanie 7.1 8.2.2 *Wsparcie profilaktyki zdrowotnej w regionie (projekty konkursowe)*.

**IMIĘ I NAZWISKO UCZESTNIKA PROJEKTU** .....

**PESEL:** .....

### BADANIE KOLONOSKOPOWE

Badanie zostało wykonane w dniu: .....-.....-.....

#### Oświadczenie Uczestnika Projektu

Oświadczam, że otrzymałem/am bezpłatne badanie przesiewowe raka jelita grubego (kolonoskopię) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

#### Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że udzieliłem/am bezpłatnego badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....  
Pieczętka i podpis lekarza

### ZNIECZULENIE

Znieczulenie zostało wykonane w dniu: .....-.....-.....

#### Oświadczenie Uczestnika Projektu

Oświadczam, że otrzymałem/am bezpłatne znieczulenie w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....  
Czytelny podpis Uczestnika Projektu

#### Oświadczenie lekarza

Oświadczam, że udzieliłem/am bezpłatnego znieczulenie w ramach badania przesiewowego raka jelita grubego (kolonoskopii) w placówce medycznej upoważnionej do przeprowadzania świadczeń medycznych w ramach Projektu

.....  
Pieczętka i podpis lekarza wykonującego znieczulenie

#### Potwierdzam odbiór probiotyku:

.....  
podpis Uczestnika Projektu