

ŚWIADOMA ZGODA NA UDZIAŁ W PROGRAMIE WCZESNEGO WYKRYWANIA I PROFILAKTYKI CUKRZYCY WŚRÓD MIESZKAŃCÓW WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO NA LATA 2017-2019

Ja niżej podpisany(a) oświadczam, że uzyskałem(am) informacje dotyczące ww. programu oraz otrzymałem(am) wyczerpujące, satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Wyrażam dobrowolnie zgodę na udział w tym programie i jestem świadomy(a) faktu, że w każdej chwili mogę wycofać zgodę na udział w dalszej części programu bez podania przyczyny.

Jednocześnie deklaruję, że nie byłem/byłam diagnozowany/a w kierunku cukrzycy.

Przez podpisanie zgody na udział na udział w programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymam kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisem i datą.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych uzyskanych w trakcie akcji zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem.

UWAGA – jeżeli występują dodatkowe potrzeby organizacyjne dla osób niepełnosprawnych to należy podać jakie.

Uczestnik programu:

.....

.....

Imię i nazwisko (drukowanymi literami)

.....

Podpis i data