

Formularz zgłoszeniowy do Projektu "Szpital Domowy (SzD)"	
<b>DANE OSOBOWE PACJENTA</b>	
Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
<b>DANE TELEADRESOWE PACJENTA</b>	
Województwo	
Powiat	
Miejscowość, kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
<b>POZOSTAŁE DANE PACJENTA</b>	
Wykształcenie	
Zatrudnienie pacjenta	

Projekt „Szpital Domowy (SzD)” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Biuro Projektu:** Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży ul. Mikołowska 208, 43-187 Orzesze

tel. 32 326 08 58

tel. 32 221 07 25

tel./fax. 32 221 56 70

www.otnorzesze.pl

s.medyczny@otnorzesze.pl

kancelaria@otnorzesze.pl

Czy pacjent korzysta z takiego samego wsparcia w innych projektach współfinansowanych ze środków UE w czasie trwania projektu?

Stopień niepełnosprawności

Czy pacjent jest ubezwłasnowolniony? (Jeśli tak to całkowicie czy częściowo)

Rozpoznanie choroby

**DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA**

Nazwisko

Imię

Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem

Województwo

Powiat

Miejscowość, kod pocztowy

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Numer telefonu

Adres e-mail

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z realizacją niniejszego projektu.

**DATA, PODPIS PACJENTA LUB OPIEKUNA PRAWNEGO:**

.....

Projekt „Szpital Domowy (SzD)” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Biuro Projektu:** Ośrodek Terapii Nerwic dla Dzieci i Młodzieży ul. Mikołowska 208, 43-187 Orzesze

tel. 32 326 08 58

tel. 32 221 07 25

tel./fax. 32 221 56 70

www.otnorzesze.pl

s.medyczny@otnorzesze.pl

kancelaria@otnorzesze.pl