

Formularz zgłoszeniowy do Projektu "Terapia Domowa (TD)"	
DANE OSOBOWE PACJENTA	
Nazwisko	
Imię	
Płeć	
Data urodzenia	
Miejsce urodzenia	
PESEL	
DANE TELEADRESOWE PACJENTA	
Województwo	
Powiat	
Miejscowość, kod pocztowy	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu	
Adres e-mail	
POZOSTAŁE DANE PACJENTA	
Wykształcenie	
Zatrudnienie pacjenta	

Projekt „Terapia Domowa (TD)” jest współfinansowany ze środków EFS w ramach RPOWSL na lata 2014-2020.

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 „Terapia Domowa (TD)” jest współfinansowany ze środków EFS w ramach RPOWSL na lata 2014-2020.

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