



FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY

Uczestnictwa w Szkole Rodzenia w ramach zadania w zakresie promocji zdrowia polegającego na prowadzeniu edukacji przedporodowej dla mieszkańców Suwałk

Imię i Nazwisko	
Pesel	
Seria i nr dowodu osobistego	
Adres zameldowania	
Okres zameldowania w mieście Suwałki**	
Telefon/e-mail	
Zawód wykonywany	
Termin porodu	
Lekarz prowadzący ciążę	
Imię i Nazwisko osoby towarzyszącej (jeśli dotyczy)	
„Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu zgłoszeniowym dla potrzeb niezbędnych do realizacji i sprawozdawczości z realizacji zadania zgodnie z ustawą z dnia 29.08.97 r. o Ochronie danych osobowych (Dz.U. 2002 r., nr.101, poz. 926 z późn. zm.)”	
Data i Podpis	

* do formularza dołączamy kserokopię Suwalskiej Karty Mieszkańca

Projekt jest finansowany z budżetu Miasta Suwałk