

**Wniosek o transport medyczny na badanie mammograficzne w ramach projektu
pn. „SIŁA KOBIETY”**

dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego

Ja niżej podpisana,

o nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zwracam się z prośbą o transport medyczny na badanie mammograficzne w dniu w ramach projektu „SIŁA KOBIETY” do Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o., ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

Oświadczam, że:

Posiadam dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się i korzystanie ze środków transportu publicznego.

Świadoma odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikających z art. 233 § 1 k.k. oświadczam, że w/w informacje są zgodne z prawdą.

Załączniki:

1. Kopia dokumentu potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu i korzystanie ze środków transportu publicznego (np. zaświadczenie lekarskie lub inny dokument).

.....
data, podpis Uczestnika projektu

Kwalifikacja wniosku o transport medyczny

Na podstawie w/w wniosku oraz przedłożonych dokumentów przyznaje/ nie przyznaje* transport/u medyczny/ego:

Imię i Nazwisko uczestnika projektu:	
Data transportu (badania):	
Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:	

* niepotrzebne skreślić