

Załącznik nr 2 do Regulaminu organizacyjnego  
Brackiego Dziennego Domu Opieki Medycznej w Bytomiu

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY DO PROJEKTU  
PN. BRACKI DZIENNY DOM OPIEKI MEDYCZNEJ W BYTOMIU**

Prosimy o czytelne wypełnienie wszystkich pól:

<b>DANE KANDYDATA NA UCZESTNIKA PROJEKTU:</b>	
Nazwisko	
Imię (imiona)	
Płeć (K/M)	
Data urodzenia	
PESEL	
Ilość punktów w skali Barthel	
<b>ADRES ZAMIESZKANIA:</b>	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
<b>DANE KONTAKTOWE:</b>	
Kod pocztowy, miejscowość	
Województwo	
Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Numer telefonu kontaktowego	
Adres e-mail (jeśli dotyczy)	

Oświadczam, iż:

1. Zapoznałam / -em się z Regulaminem organizacyjnym *BDDOM* i w pełni go akceptuję.
2. Wyrażam zgodę na odbycie wizyt domowych oraz przeprowadzanie rozmów telefonicznych przez Zespół terapeutyczny *BDDOM* - w celu podtrzymania efektów terapeutycznych.
3. Nie korzystam z takiego samego wsparcia oferowanego w ramach *BDDOM* w innym projekcie.
4. W okresie ostatnich 12 miesięcy zostały / nie zostały \* mi udzielone świadczenia zdrowotne z zakresu leczenia szpitalnego.
5. Podane przeze mnie dane są prawdziwe.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS

DANE KONTAKTOWE CZŁONKA RODZINY/ OPIEKUNA, Z KTÓRYM MOŻLIWY JEST KONTAKT W SPRAWIE PROJEKTU	
Imię i nazwisko	
Stopień pokrewieństwa/ relacja z opiekunem (np. córka, sąsiad)	
Numer telefonu kontaktowego (preferowany numer komórkowy)	
Adres e-mail	

.....  
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....  
CZYTELNY PODPIS CZŁONKA RODZINY / OPIEKUNA