



(Adres Punktu Edukacyjnego/ pieczęć Podmiotu Leczniczego)

Karta rejestru osób uczestniczących w zadaniu pn. „Prowadzenie edukacji zdrowotnej dla osób zagrożonych i chorych na cukrzycę oraz ich rodzin/opiekunów”
za miesiąc- 2020r. Umowa nr z dnia

I.p.	Imię i nazwisko	P -Pierwszorazowy K - kolejny	data porady	data porady	data porady	data porady	data porady

* w rubrykach poniżej „data porady” – podpisuje się uczestnik programu każdorazowo korzystający z porady edukacyjnej

Wyrażam zgodę na udostępnianie danych osobowych wyłącznie w celach statystycznych. Wyrażenie zgody jest warunkiem uczestnictwa w edukacji zdrowotnej.

.....

Podpis Realizatora