



Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Załącznik nr 10 do Zarządzenia Prezesa NFZ z dnia 16 marca 2018 r. nr 23/2018/DAiS

DEKLARACJA PRZYSTAPIENIA DO PROGRAMU ZARZĄDZANIA CHOROBA

.....
(nazwa jednostki chorobowej)*

Ja niżej podpisany/podpisana**

.....
(imię i nazwisko)

oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam** się z zasadami udziału w programie zarządzania chorobą oraz zaakceptowałem/zaakceptowałam** prawa i obowiązki uczestnika programu zarządzania chorobą.

Jestem świadomy/świadoma** przysługującego mi prawa do odstąpienia od udziału w programie zarządzania chorobą.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zgodnie z przepisami ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.).

.....
Miejscowość, data i czytelny podpis Świadczeniobiorcy

**Nazwy jednostek chorobowych:*

- | | |
|--|---|
| 1) <i>cukrzyca typu II</i> | 7) <i>POCHP</i> |
| 2) <i>nadciśnienie tętnicze samoistne</i> | 8) <i>niedoczynność tarczycy</i> |
| 3) <i>przewlekła choroba wieńcowa</i> | 9) <i>wole mięsaszowe i guzowate tarczycy</i> |
| 4) <i>przewlekła niewydolność serca</i> | 10) <i>choroba zwyrodnieniowa stawów obwodowych</i> |
| 5) <i>utrwalone migotanie przedsionków</i> | 11) <i>zespoły bólowe kręgosłupa</i> |
| 6) <i>astma oskrzelowa</i> | |

***Niepotrzebne skreślić*