

WNIOSEK O UDZIAŁ W PROGRAMIE

Dotyczy uczestnictwa w Programie „In vitro dla Radomia - Leczenie Niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2023”

Imię i nazwisko uczestnika	Adres zamieszkania (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

My, niżej podpisani oświadczamy, iż spełniamy kryteria formalne uczestnictwa w Programie i wnioskujemy o wpis na listę uczestników Programu.

Podstawowe kryteria formalne

1. Kobieta jest mieszkanką miasta Radomia tj. jest osobą fizyczną mieszkającą/ zameldowaną na terenie Gminy Miasta Radomia w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu i rozliczającą podatek dochodowy za poprzedni rok na terenie gminy Miasta Radomia.
2. Mężczyzna jest mieszkańcem miasta Radomia tj. jest osobą fizyczną mieszkającą/ zameldowaną na terenie Gminy Miasta Radomia w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu i rozliczającą podatek dochodowy za poprzedni rok na terenie gminy Miasta Radomia.
3. Para nie jest aktualnie i nie była w ciągu ostatnich trzech lat beneficjentem podobnego programu finansowanego ze środków publicznych.
4. Para przedłożyła Oświadczenie o miejscu zamieszkania (załącznik 1)
5. Para złożyła dokument świadomej zgody na uczestnictwo w Programie (załącznik 2)
6. Para przedłożyła dokument zgody na przetwarzanie danych osobowych (załącznik 3)

<i>Data i podpis uczestnika</i>	<i>Data i podpis uczestnika</i>

Załącznik Nr 1

Oświadczenie o miejscu zamieszkania

Dotyczy uczestnictwa w Programie „In vitro dla Radomia - Leczenie Niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2023”

Imię i nazwisko uczestnika	Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że mieszkam na terenie Gminy Miasta Radomia w rozumieniu Kodeksu cywilnego od 12 miesięcy w chwili aplikowania do Programu.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

<i>Data i podpis uczestnika</i>	<i>Data i podpis uczestnika</i>
---------------------------------	---------------------------------

Załącznik Nr 2

**Świadoma/-e zgody na udział w Programie „In vitro dla Radomia – Leczenie
niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2023”.**

Imię i nazwisko uczestnika	Adres korespondencyjny (ulica, numer domu/mieszkania, kod pocztowy, miejscowość)

Oświadczenie

Ja niżej podpisana/-y oświadczam, że uzyskałam/-łem wyczerpujące informacje dotyczące „Programu polityki zdrowotnej leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Radomia oraz otrzymałam/-łem satysfakcjonujące mnie odpowiedzi na zadane pytania.

Oświadczam, że nie jestem obecnie uczestnikiem innego Programu o podobnym charakterze finansowanego ze środków publicznych oraz, że nie uczestniczyłam/-łem w podobnym Programie finansowanym ze środków publicznych w ciągu ostatnich trzech lat.

Potwierdzam, iż otrzymałam/-łem i zapoznałam/ -łem się z dokumentami:

1. Opis programu (pełny opis jest również tutaj:
<https://bip.radom.pl/ra/wladze-miasta/zarzadzenia-prezydenta/61609,Nr-43322023-w-sprawie-ogloszenia-konkursu-ofert-na-wybor-realizatora-programu-po.html>)
2. Ogólny Informator o Programie zdrowotnym
3. Cennik

oraz otrzymałam/-łem wyczerpujące informacje na wszystkie zadane pytania.

Wyrażamy dobrowolnie zgodę na udział w tym Programie i jesteśmy świadomi faktu, że:

1. dofinansowaniu podlegają usługi określone w Cenniku jako podlegające dofinansowaniu,
2. dofinansowanie ze strony Urzędu Miasta Radomia, do jednej procedury, wynosi maksymalnie 6 000 zł brutto
3. wszelkie koszty przekraczające kwotę 6 000 zł brutto zobowiązujemy się ponieść we własnym zakresie
4. w przypadku rezygnacji z uczestnictwa w Programie, z przyczyn innych, niż medyczne, jesteśmy zobowiązani zwrócić Realizatorowi kwotę równoważną kosztom nieodpłatnie otrzymanych świadczeń
4. koszty zamrożenia i przechowywania komórek rozrodczych i/lub zarodków zobowiązujemy się ponieść we własnym zakresie
5. w każdej chwili możemy wycofać zgodę na udział w dalszej części Programu, bez podania przyczyny.

Przez podpisanie zgody na udział w Programie nie zrzekam się żadnych należnych mi praw.

Otrzymałam/-łem kopię niniejszego formularza opatrzoną podpisami i datą.

<i>Data i podpis uczestnika</i>	<i>Data i podpis uczestnika</i>

Załącznik Nr 3

Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Dotyczy uczestnictwa w Programie „In vitro dla Radomia - Leczenie Niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego w roku 2023”

Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)	Imię i nazwisko uczestnika (drukowanymi literami)

Wyrażam/nie wyrażam* zgody na przetwarzanie moich danych osobowych uzyskanych w trakcie realizacji Programu zgodnie z obowiązującym prawem.

Wyrażamy zgodę na kontakt ze mną przez podmiot realizujący Program.

<i>Data i podpis uczestnika</i>	<i>Data i podpis uczestnika</i>

**) brak wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych oznacza brak możliwości uczestnictwa w Programie*