

O Ś W I A D C Z E N I E

Przystępując do udziału w **programie polityki zdrowotnej pn. „Dofinansowanie do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Koszalina w latach 2021-2023”-zawnego dalej PPZ**

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)

PESEL (kobieta)																				
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Imię i nazwisko (mężczyzna)

PESEL (mężczyzna)																				
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer telefonuadres e-mail.....

oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim*,
- jesteśmy mieszkańcami Koszalina (min. od 1 roku) i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:

ulica nr domu

nr lokalu, kod pocztowy KOSZALIN,

- rozliczamy się z podatków z Urzędem Skarbowym w Koszalinie (w załączeniu kopia pierwszej strony ostatniej deklaracji PIT),
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niepłodności i wyczerpano inne metody leczenia prowadzone przez okres nie krótszy niż 12 miesięcy/ posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego,
- ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Gminy Miasta Koszalin do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach PPZ,
- **nie korzystaliśmy z dofinansowania z budżetu Gminy Miasta Koszalin do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach PPZ u innego Realizatora,**
- wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów różnicy pomiędzy całkowitym kosztem procedury – obejmującym: badania laboratoryjne w tym badania kwalifikujące, badania hormonalne, dodatkowe konsultacje specjalistyczne, nadzór nad stymulacją mnogiego jajeczkowania, niezbędne badania infekcyjne i w kierunku innych chorób czy zaburzeń, koszty leków, a także – jeśli wystąpią wskazania – dodatkowych procedur (zabiegowych, embriologicznych, diagnostycznych) oraz transferów kriokonserwowanych zarodków – a dofinansowaniem,

- wyrażamy zgodę na samodzielne pokrycie kosztów przechowywania kriokonserwowanych zarodków oraz ich ewentualnych kriotransferów.

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis - kobieta)

.....

(miejsowość, data)

.....

(czytelny podpis - mężczyzna)

*** – właściwe podkreślić**