



Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Oświadczenie lekarza i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: **Centrum Medyczno-Diagnostyczne Sp. z o. o. wraz z partnerami: Centrum Medyczne Szpital Św. Rodziny oraz Warszawski Uniwersytet Medyczny**

Tytuł projektu: **„Uśmiech Mamy” Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej”**

Numer umowy: **nr POWR.05.01.00-00-0018/18-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	Konsultacja psychologiczna
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego	
Adres podmiotu leczniczego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	
Podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczenie zdrowotne lub osoby wykonującej badania laboratoryjne/diagnostyczne	