# załącznik nr 2 do regulaminu

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że w chwili przystąpienia do udziału w projekcie nie jestem/-am objęta/y żadnym innym programem terapeutyczno-rehabilitacyjnym w związku ze schorzeniami kręgosłupa, finansowanym z NFZ, i nie biorę udziału w analogicznym programie u innego beneficjenta, finansowanym ze środków Unii Europejskiej.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość, data Czytelny podpis

# OŚIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/-na oświadczam, że w czasie ostatniego miesiąca nie zakończyłam/em pobytu w szpitalu na oddziale rehabilitacji lub nie korzystałam/em z ambulatoryjnej/dziennej opieki rehabilitacji w ramach kontraktu z Narodowego Funduszu Zdrowia

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Miejscowość, data Czytelny podpis