

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w Programie „Kampania na rzecz wspierania osób dotkniętych niepłodnością z wykorzystaniem metod zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Gminy Aleksandrów Łódzki w latach 2020-2025”

My niżej podpisani:

Imię i nazwisko (kobieta)

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

Imię i nazwisko (mężczyzna)

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

Numer telefonu..... adres email.....

Oświadczamy, że

- pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim od roku
- od co najmniej 3 lat jesteśmy mieszkańcami Gminy Aleksandrów Łódzki i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:

miejscowość..... kod pocztowy.....

ulica.....nr domu nr lokalu.....

Zostaliśmy poinformowani, że w ramach weryfikacji miejsca zamieszkania możemy zostać zobowiązani do przedłożenia kopii pierwszej strony zeznań podatkowych za okres ostatnich 3 lat

- Poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem, na co posiadamy odpowiednią dokumentacją medyczną*
- Posiadamy bezpośrednie wskazanie do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego w dawstwie partnerskim*
- Posiadamy bezpośrednie wskazanie do procedury zapłodnienia pozaustrojowego w dawstwie innym niż partnerskie (dawstwo komórek jajowych)*
- Posiadamy bezpośrednie wskazanie do procedury dawstwa zarodka*

- Zapoznaliśmy się z zapisami Programu w tym, z informacją o kosztach niepodlegających dofinansowaniu oraz o przesłankach uzasadniających utratę prawa do dofinansowania, w szczególności o:

- utracie prawa do dofinansowania w przypadku niezachowania standardów leczenia z winy Uczestników Programu,

* niepotrzebne skreślić





- utracie prawa do dofinansowania w przypadku przerwania procedury przewidzianej dla danej pary w ramach Programu,
 - braku objęcia dofinansowaniem kosztów wykonania badań jakie należy posiadać w celu przeprowadzenia kwalifikacji do programu,
 - braku objęcia dofinansowaniem kosztów przechowywania niewykorzystanych zarodków
- Zapoznaliśmy się z zapisami Programu w tym o obowiązku poinformowania Salve Medica o zajściu w ciążę po zastosowaniu procedury wspomaganego rozrodu w ramach Programu, przebiegu ciąży, ewentualnych powikłaniach i o stanie zdrowia dziecka
 - Zostaliśmy poinformowani, że ocena kryteriów zakwalifikowania pary do Programu w ramach badań laboratoryjnych musi być realizowana w siedzibie Salve Medica.
 - Zapoznaliśmy się z zapisami Programu. Treść Programu dostępna stronie <https://salvemedica.pl>

Łódź,

data

.....

czytelny podpis uczestnika programu
kobieta

.....

podpis uczestnika programu
mężczyzna

