

UCHWAŁA NR 289/4100/18
ZARZĄDU WOJEWÓDZTWA LUBUSKIEGO
z dnia 16. października 2018.

zmieniająca Uchwałę w sprawie powołania Komisji Konkursowej oraz ogłoszenia konkursu ofert na realizację zadania pn. Program polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”

Na podstawie art. 14 ust. 1 pkt 2 oraz art. 41 ust. 1 ustawy z dnia 5 czerwca 1998 r. o samorządzie województwa (Dz. U. z 2018 r., poz. 913 z późn. zm.), w związku z art. 48b ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2018 r., poz. 1510 z późn. zm.) uchwała się, co następuje:

- § 1. Oświadczenie stanowiące integralną część załącznika nr 1 otrzymuje brzmienie jak załącznik do niniejszej Uchwały.
- § 2. Wykonanie uchwały powierza się Marszałkowi Województwa Lubuskiego.
- § 3. Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

WZ. MARSZAŁKA WOJEWÓDZTWA
Stanisław Tomczyszyn
WICEMARSZAŁEK

**STWIERDZAM ZGODNOŚĆ
Z PROJEKTEM UCHWAŁY**

Tomasz Wróblewski
DEPARTAMENTU
OPIEKI ZDROWIA
Tomasz Wróblewski

Załącznik
do uchwały Nr 289/4100/18
Zarządu Województwa Lubuskiego
z dnia 16 października 2018 r.

O Ś W I A D C Z E N I E

Przystępując do udziału w **Programie polityki zdrowotnej „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego in vitro dla mieszkańców województwa lubuskiego w 2018 roku”**

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* od roku
- jesteśmy mieszkańcami województwa lubuskiego i zamieszkujemy pod wskazanym poniżej adresem:
ulicanr domu
nr lokalu, kod pocztowy
miejscowość.....
(do oświadczenia należy dołączyć zaświadczenie o zameldowaniu wydane np. przez Biuro Ewidencji Ludności)
- poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego*,
- ubiegamy się o dofinansowanie z budżetu Województwa Lubuskiego do zabiegu zapłodnienia pozaustrojowego realizowanego w ramach ww. Programu, jednocześnie nie więcej niż u jednego realizatora programu, tj. podmiotu leczniczego, udzielającego świadczeń polegających na leczeniu niepłodności metodami zapłodnienia pozaustrojowego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(czytelny podpis - kobieta)

.....
(czytelny podpis - mężczyzna)

*właściwe podkreślić

DYREKTOR DEPARTAMENTU
OCHRONY ZDROWIA


Tomasz Wróblewski