



Data:

## WNIOSEK O REZYGNACJĘ Z PROGRAMU ZDROWOTNEGO

**Nazwa realizatora u którego para aktualnie korzysta ze świadczeń zdrowotnych:** Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. prof. Tadeusza Sokołowskiego Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Prosimy o dokonanie rezygnacji z Programu Zdrowotnego „Programu – Leczenie Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013 – 2016”. Decyzję o rezygnacji podejmujemy na własną odpowiedzialność, zrzekamy się jakichkolwiek roszczeń wynikających z tej decyzji wobec realizatora, Skarbu Państwa, Ministra Zdrowia oraz osób związanych z wymienionymi. Jesteśmy świadomi, że decyzja o rezygnacji z uczestnictwa w Programie oznacza niemożność ponownego przystąpienia do Programu.

<b>Imię i Nazwisko pacjentki</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Podpis pacjentki</b>	

<b>Imię i Nazwisko pacjenta</b>	
<b>PESEL</b>	
<b>Podpis pacjenta</b>	

Koordynator Laboratorium Wspomagania Rozrodu