

**FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY**  
udziału w II module programu pn. „Postawa to podstawa”

*Program skierowany jest do osób cierpiących na schorzenia kręgosłupa. Każdy uczestnik programu będzie mógł skorzystać z **bezpłatnych** zabiegów fizjoterapeutycznych.*

**Program jest finansowany przez Gminę Miasta Toruń, uczestnik nie ponosi żadnych kosztów.**

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania.....

PESEL \_ \_ \_ \_ \_

Nr telefonu do kontaktu \_ \_ \_ \_ \_

Adres e-mail \_ \_ \_ \_ \_

Proszę odpowiedzieć na poniższe pytania wstawiając znak X w odpowiednią rubrykę.

**Dane dotyczące stanu zdrowia:**

WYSTĘPUJĄCE CHOROBY	TAK	NIE
Choroby nowotworowe		
Zespolenia metalowe w ciele		
Urządzenia elektroniczne wspomagające funkcje ciała		
Choroby zakaźne		
Leki lub suplementy diety. Jakież? -->		
Choroby serca lub naczyń		
Choroby płuc		
Choroby układu pokarmowego		
Choroby układu moczowo-płciowego		

\*  Oświadczam, że jestem aktywna/aktywny zawodowo

\*  Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Medicor S.C. dla potrzeb niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz otrzymywania informacji o świadczonych usługach medycznych (zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE – ogólne rozporządzenie o ochronie danych)

**Zaznacz poniższą zgodę, jeśli chcesz otrzymywać informacje o nadchodzących programach lub ofertach:**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Centrum Medyczne Medicor S.C w celach marketingowych, poprzez przesyłanie informacji handlowych za pomocą poczty elektronicznej lub wiadomości SMS, na podany adres e-mail lub numer telefonu. Informujemy, że Państwa zgoda może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres naszej firmy spod adresu, którego zgoda dotyczy.

**Do formularza należy dołączyć pisemne zaświadczenie od lekarza (np. podstawowej opieki zdrowotnej) o braku przeciwwskazań do udziału w programie.**

.....  
(podpis osoby deklarującej udział w programie)

## Wypełnia realizator

- Okazano dokument poświadczający schorzenia kręgosłupa
- Pacjent zakwalifikowany do programu
- Pacjent nie kwalifikuje się do grupy wsparcia z powodu.....

.....  
(podpis realizatora)