OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisana/y ....................................................................................................................................................................

*(imię i nazwisko)*

zamieszkała/y *..............................................................................................................................................................................,*

*(adres)*

legitymująca/y się dowodem osobistym (seria i numer) ..............................................................................................................,

wydanym przez ............................................................................................................................................................................

nr PESEL: .............................................................................................

Przystępując do projektu „Tuzy u Tuza. Rehabilitacja lecznicza w chorobach przewlekłych układu kostno-stawowego   
i mięśniowego w 3 powiatach województwa śląskiego zgodnie z Regionalnym Programem Zdrowotnym” nr WND—RPSL.08.03.02-24-00G/19 realizowanego przez Projektodawcę – Fizjoterapia Jacek Tuz, z siedzibą w Tychach ul. Szpakowa 44a, 43-100 Tychy, zobowiązuję się do:

1. udziału w kompleksowej rehabilitacji obejmującej:

* pierwszą wizytę lekarską,
* pierwszą poradę fizjoterapeutyczną,
* indywidualny plan rehabilitacyjny (15 dni zabiegowych, czas trwania jednego dnia zabiegowego – do 1 godziny),
* drugą wizytę lekarską realizowaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej w ciągu tygodnia po ukończeniu działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji,
* drugą poradę fizjoterapeutyczną realizowaną po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych   
  oraz indywidualnego planu rehabilitacji,
* kontrolną wizytę lekarską realizowaną przez lekarza specjalistę w dziedzinie rehabilitacji medycznej po 2 miesiącach od ukończenia działań edukacyjnych oraz indywidualnego planu rehabilitacji,

1. udziału w zajęciach edukacyjnych, (3 spotkania 45-minutowe w zakresie edukacji zdrowotnej, 3 spotkania 45-minutowe w zakresie edukacji żywieniowej, 3 spotkania 45-minutowe w zakresie psychoedukacji).

W przypadku nieuzasadnionego przerwania udziału w kompleksowej rehabilitacji zobowiązuję się do zwrotu realizującemu projekt 100% kosztów mojego udziału w projekcie liczonych zgodnie ze stawkami komercyjnymi obowiązującymi w dniu otrzymania usługi (na rok 2020: pierwsza wizyta lekarska – 200 złotych, druga wizyta lekarska – 150 złotych, kontrolna wizyta lekarska – 150 złotych, pierwsza porada fizjoterapeutyczna - 150 złotych, druga porada fizjoterapeutyczna – 100 złotych, Indywidualny program rehabilitacji - za każdy dzień udziału 150 złotych).

………………………………………........ ……………………………………………………..........................

Miejscowość i data Czytelny podpis Oświadczającego