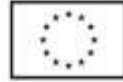




Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 5 do Regulaminu

## POTWIERDZENIE ZWERYFIKOWANIA INTERNETOWEGO KONTA PACJENTA

Imię i nazwisko Kandydata/ki: .....

PESEL: .....

W związku z ubieganiem się Kandydata/cki o udział w Projekcie pn. „**Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.**” o nr FELD.08.04-IZ.00-0010/25, w obecności i za jego/jej zgodą, potwierdzam że zweryfikowano dane dostępne przez jego/jej Internetowe Konto Pacjenta (IKP) w zakresie niezbędnym do potwierdzenia spełnienia przez niego/nią kryterium kwalifikowalności do udziału w Projekcie, tj. ustalenia, czy w okresie ostatnich 6 miesięcy nie korzystał/a ze świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym NFZ.

Data weryfikacji: .....

.....  
*czytelny podpis Kandydata/ki  
udostępniającego/j dane w IKP*

.....  
*czytelny podpis osoby weryfikującej dane /  
przedstawiciela Beneficjenta*