Załącznik 2 do umowy
 na realizację programu polityki
zdrowotnej

**Karta kwalifikacyjna udziału pacjenta w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021**

|  |
| --- |
| Niniejszym zaświadczam, że:u Pana/i ........................................................... urodzonego/ej w dniu ................................. zamieszkałego/ej w ......................................................................................................................................nr PESEL\* .....................................................rozpoznano/nie rozpoznano\*\* cukrzycy typu 2.Na podstawie przeprowadzonej procedury kwalifikuję/nie kwalifikuję\*\* pacjenta do udziału w „Programie profilaktyki otyłości i cukrzycy typu 2 dla mieszkańców powiatu żagańskiego w wieku 45+ na lata 2019-2021” ......................................, dnia ................................ *(miejscowość) (data)*  …………................................ *(pieczęć i podpis pielęgniarki)**\* lub nr dokumentu tożsamości – w przypadku osób nieposiadających nr PESEL**\*\* niewłaściwe skreślić* |