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* |