



## Zgłoszenie do udziału W DOMOWYM BEZPŁATNYM BADANIU KTG dla mieszkanek Gminy Michałowice

imię i nazwisko	
adres zamieszkania	
numer telefonu	
adres mailowy	
tydzień ciąży	
numer karty mieszkańca gminy Michałowice i termin ważności	

Oświadczam że spełniam warunki udziału w programie.

„Wiem, że Administratorem danych osobowych przetwarzanych w celu udzielenia świadczeń zdrowotnych z zakresu całodobowej, zdalnej opieki położniczej klinicznej na rzecz ciężarnych mieszkanek Gminy Michałowice jest Carebits sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, a Referat Spraw Społecznych Urzędu Gminy Michałowice jedynie potwierdza spełnienie warunków udziału w programie, na co wyrażam dobrowolną zgodę.

Znam i akceptuję warunki udziału w programie, które dostępne są na **[www.michalowice.pl](http://www.michalowice.pl)** .”

data

podpis

.....

.....