



Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



### Oświadczenie psychologa i uczestnika projektu o udzielonym świadczeniu zdrowotnym

Beneficjent: **Centrum Medyczne „Żelazna” sp. z o.o., ul. Żelazna 90, 01-004 Warszawa**

Tytuł projektu: **Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej w makroregionie centralnym**

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0017/18-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Program w zakresie edukacji i profilaktyki depresji poporodowej**

Nazwa świadczenia zdrowotnego udzielonego uczestnikowi projektu - zgodna z wykazem stawek jednostkowych	<b>Konsultacja psychologiczna</b>
Imię i nazwisko uczestnika	
PESEL	
Adres zamieszkania	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Podpis uczestnika projektu	
Nazwa podmiotu leczniczego i pieczęć, w którym udzielono świadczenia zdrowotnego/imię i nazwisko psychologa	
Adres podmiotu leczniczego/ adres gabinetu psychologicznego	
Województwo	
Data udzielenia świadczenia zdrowotnego	
Imię i nazwisko psychologa udzielającego świadczenie zdrowotne	
Podpis i pieczęć psychologa udzielającego świadczenie zdrowotne	