



**Karta uczestnictwa** w zajęciach w ramach programu polityki zdrowotnej  
pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia”.

Grupa .....

Imię i nazwisko : .....

Adres zamieszkania : .....

.....

Tel. kontaktowy : .....

Imię i nazwisko osoby  
towarzyszącej w zajęciach .....

Zaświadczenie od lekarza prowadzącego ciążę – data wystawienia .....

Przewidywany termin porodu .....

<b>Nr zajęć</b>	<b>Data zajęć</b>	<b>Podpis uczestniczki zajęć</b>	<b>Podpis osoby towarzyszącej</b>
I			
II			
III			
IV			
V			
VI			
VII			
VIII			

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że gromadzenie, przetwarzanie i przekazywanie moich danych osobowych w ramach programu polityki zdrowotnej pn. „Edukacja przyszłych rodziców w Szkole Rodzenia.”- odbywa się zgodnie z art.6 ust. 1 lit. c) i e) i art. 9 ust. 2 lit. i) RODO.

.....

/ data i podpis /