

**KARTA ZGŁOSZENIOWA**  
**PARI na dobry początek z mukowiscydozą**

Miejscowość, data.....

**Polskie Towarzystwo Walki z Mukowiscydozą**  
**ul. Prof. Jana Rudnika 3b**  
**34-700 Rabka-Zdrój**

**Proszę o przyjęcie do uczestnictwa w projekcie pn.**  
**PARI na dobry początek z mukowiscydozą**

|                                                                                |  |
|--------------------------------------------------------------------------------|--|
| NAZWISKO I IMIĘ UCZESTNIKA                                                     |  |
| ADRES ZAMIESZKANIA UCZESTNIKA<br>(ulica, nr domu/mieszkania, kod, miejscowość) |  |
| TELEFON KONTAKTOWY                                                             |  |
| E-MAIL                                                                         |  |
| NAZWISKO I IMIĘ PRZEDSTAWICIELA<br>USTAWOWEGO                                  |  |
| DATA ROZPOZNANIA MUKOWISCYDOZY                                                 |  |

- Oświadczam, że znane mi są zasady realizacji i rekrutacji do projektu.

.....  
(podpis uczestnika/przedstawiciela prawnego\*)

\*w przypadku dziecka, które nie ukończyło 18 lat, wniosek podpisuje opiekun prawny.