



**Wniosek o transport medyczny na badanie mammograficzne w ramach projektu  
pn. „SIŁA KOBIETY”**

*dotyczy osób z dysfunkcją narządu ruchu uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się i korzystanie  
ze środków transportu publicznego*

Ja niżej podpisana .....,

o nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

zwracam się z prośbą o transport medyczny na badanie mammograficzne w dniu .....  
w ramach projektu „SIŁA KOBIETY” do Mościckiego Centrum Medycznego sp. z o.o.,  
ul. E. Kwiatkowskiego 15, 33-101 Tarnów.

**Oświadczam, że:**

Posiadam dysfunkcję narządu ruchu uniemożliwiającą samodzielne poruszanie się i korzystanie  
ze środków transportu publicznego.

Świadoma odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych wynikających z art. 233 § 1  
k.k. oświadczam, że w/w informacje są zgodne z prawdą.

**Załączniki:**

- 1. Kopia dokumentu potwierdzające dysfunkcję narządu ruchu i korzystanie ze środków transportu publicznego (np. zaświadczenie lekarskie lub inny dokument).*

.....  
**data, podpis Uczestnika projektu**

**Kwalifikacja wniosku o transport medyczny**

Na podstawie w/w wniosku oraz przedłożonych dokumentów przyznaje/ nie przyznaje\* transport/u  
medyczny/ego:

<b>Imię i Nazwisko uczestnika projektu:</b>	
<b>Data transportu (badania):</b>	
<b>Podpis osoby upoważnionej ze strony Realizatora projektu:</b>	

\* *niepotrzebne skreślić*