**DANE UCZESTNIKA**

**I CZĘŚĆ-DANE UCZESTNIKA**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – DANE UCZESTNIKA**  **(PROSZE WYPEŁNIĆ DRUKOWANYMI LITERAMI)** | **IMIĘ I NAZWISKO** |  | **DATA URODZENIA** |  |  |
| **PESEL** |  | **TELEFON KONTAKTOWY użytkownika opaski** |  |
| **TELEFON KONTAKTOWY do OSOBY BLISKIEJ** |  | **E-MAIL(jeśli posiadasz)** |  |
| **ADRES DO KORESPONDENCJI** |  | | |  |

**II CZĘŚĆ – DODATKOWE INFORMACJE O UDZIALE W PROGRAMIE**

Wzrost……………………………………………………………………………………………………

Masa ciała………………………………………………………………………………………………

Standardowe ciśnienie skurczowe………………………………………………………….

Standardowe ciśnienie rozkurczowe………………………………………………………

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **I CZĘŚĆ – CHOROBY KANDYDATA** |  | **II CZĘŚĆ – AKTUALNIE PRZYJMOWANE LEKI** |  |

*(data i podpis osoby składającej oświadczenie)*