

FORMULARZ UCZESTNICTWA

Wypełnij dokładnie ten formularz. Wyślij go wraz z Twoją próbką kału.
W przeciwnym razie Twój stolec nie będzie mógł zostać zbadany.

PUNKTY WYMAGAJĄCE UWAGI:

- Niniejszy formularz jest osobisty i jest przeznaczony wyłącznie dla Ciebie.
- Dane lekarza są konieczne do dostarczenia Ci wyników.
- Nie zmieniaj nic przy wydrukowanych danych.
- Nie naklejaj nic na niniejszy formularz.
- Użyj niebieskiego lub czarnego długopisu.
- Pisz drukowanymi literami.
- Korzystaj jedynie z zestawu do pobrania próbki, który teraz otrzymałeś/otrzymałaś i z tym formularza uczestnictwa

Formularz wraz z próbką wyślij w kopercie bąbelkowej.

Data pobrania przeze mnie próbki:

			/			/				
--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Numer telefonu (najlepiej numer komórkowy):

					/														
--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres mailowy:

@

Jeśli swoją próbkę wysyłasz wraz z niniejszym formularzem wzięcia udziału, to zgadzasz się na dostarczenie wyników Tobie i Twojemu lekarzowi (rodzinnemu), a także na przechowywanie tych danych i na wykorzystanie ich (wyłącznie) w ramach tego badania i ewaluacji procesu.

WEDŁUG NASZYCH DANYCH TWÓJ LEKARZ RODZINNY TO:

Czy brakuje danych lub są one nieprawidłowe? W takim wypadku wpisz poprawne dane poniżej (DRUKOWANYMI LITERAMI).

Imię lekarza (rodzinnego):

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

Nazwisko lekarza (rodzinnego):

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

Ulica lekarza (rodzinnego):

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

Nr domu lekarza (rodzinnego):

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

Kod pocztowy lekarza (rodzinnego):

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

**DZIĘKUJEMY ZA
TWÓJ UDZIAŁ!**

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

38719

