

**OŚWIADCZENIE DLA OSÓB CHCĄCYCH BYĆ LECZONYMI OPATRUNKAMI LNIAANYMI W
PROGRAMIE „PAKIET STARTOWY”**

Ja, _____ zamieszkała/y w _____
imię i nazwisko

ul. _____ oświadczam:

1. Zapoznałem/am się ze wskazaniami i przeciwwskazaniami do leczenia opatrunkami lnianymi.
2. Wiem, że nie ma doświadczeń w stosowaniu opatrunków lnianych u dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia.
3. Zobowiązuję się do regularnych kontroli lekarskich w miejscu zamieszkania, z oceną stanu miejscowego zmian, na które są przykładane opatrunki lniane.
4. Z własnej woli rezygnuję z konsultacji lekarskich zespołu wdrażającego lniane opatrunki do szerokiego leczenia.
5. Opatrunki lniane będę otrzymywał pocztą, na podstawie przedstawionego dowodu wpłaty na konto Fundacji za cegiełkę o wartości 250 PLN.
6. Ponoszę pełną odpowiedzialność za stosowanie lnianych opatrunków bez kontroli leczenia ze strony zespołu wdrażającego lniane opatrunki do szerokiego leczenia.
7. Wiem, że zespół wdrażający lniane opatrunki do szerokiego leczenia nie ponosi odpowiedzialności za ich stosowanie bez kontroli.
8. Zostałem poinformowany o możliwości zrezygnowania z leczenia opatrunkami lnianymi w każdej chwili, bez jakichkolwiek konsekwencji.

Data.....

Podpis.....