

**Deklaracja uczestnictwa (Formularz zgłoszeniowy) w badaniach przesiewowych (cytologia)  
w kierunku wykrywania raka szyjki macicy w ramach projektu pn.  
„Skuteczna profilaktyka raka szyjki macicy szansą na życie”**

**1. DANE OSOBOWE (proszę wypełnić drukowanymi literami)**

Imię/Imiona	
Nazwisko	
Data urodzenia	

**2. DANE TELEADRESOWE**

Numer telefonu	
Adres e-mail	

**3. ADRES ZAMIESZKANIA**

Ulica	
Numer domu	
Numer lokalu	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Obszar (wiejski/miejski)	
Powiat	
Liczba mieszkańców( powyżej/poniżej 20 000 mieszkańców)	

**4. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

**4.1 Czy kiedykolwiek wykonywała Pani badanie cytologiczne?**

- a) Tak
- b) Nie
- c) Nie wiem

**4.2 Czy badanie cytologiczne było refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia?**

- a) Tak
- b) Nie

**4.2 Jeżeli było wykonywane badanie cytologiczne to w którym roku ostatnio:**

- a) w 2016 roku
- b) w 2015 roku
- c) w 2014 roku
- d) poniżej 2014 roku
- e) nie dotyczy

.....  
miejscowość i data

.....  
czytelny podpis