**Poufne**

**Wniosek o integrację usług podczas ciąży**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko ciężarnej:** | **Kennitala:** | **Adres:** | **E-mail:** | **Telefon:** |
|  |  |  |  |  |
| **Planowany termin porodu** |
|  |

Podpisując niniejszy wniosek, potwierdzam, że zostałam poinformowana o tym, czym jest integracja usług i z czym się wiąże niniejszy wniosek. Zostałam również poinformowana o sposobie przetwarzania danych osobowych względem niniejszego wniosku.

|  |  |
| --- | --- |
| **Podpis osoby w ciąży** | **Data** |

|  |
| --- |
| **Koordynator usług, kierownik wsparcia, jeśli dotyczy:** |