Centrum Medyczne Piotrowicka Sp. z o.o. Sp. komandytowa
Katowice 40-724 Piotrowicka 83

Załącznik nr 8 do regulaminu projektu „ Będę mamą zdrowego dziecka”

Formularz odwołania od wyników rekrutacji

Imię i nazwisko: _____
PESEL:

☐ Nie posiadam numeru PESEL
Adres zamieszkania (w przypadku braku numeru PESEL):

Oświadczam, że nie zgadzam się z wynikiem rekrutacji i nieprzyjęciem mnie do projektu.
Uzasadnienie:

Które z punktów regulaminu nie zostały spełnione?

Które kryteria Pani/Pana zdaniem decydują o przyjęciu do projektu?

Data i podpis:

Wypełnia Beneficjent
Data rekrutacji:
Data odmowy przyjęcia do projektu:
Uzasadnienie:

Decyzja zarządu:

Data i podpis: _____