

IZJAVA O TRAJNI IZKLJUČITVI IZ DRŽAVNEGA PRESEJALNEGA PROGRAMA ZA RAKA DOJK DORA

Podpisana (ime in priimek) _____,

datum rojstva _____,

sem seznanjena z namenom in postopki Državnega presejalnega programa za raka dojk DORA.

Sodelovanje v presejalnem programu DORA je pravica vsake ženske med 50. in 69. letom s prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki izhaja iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Kljub temu se tej pravici po lastni volji odpovedujem, saj v programu DORA **ne želim** sodelovati in želim, da me iz presejalnega programa DORA trajno izključite.

Seznanjena sem, da se za sodelovanje v programu DORA lahko kadarkoli ponovno odločim do svojega dopolnjenega 69. leta starosti. Zavedam se, da sem v tem primeru dolžna sama kontaktirati presejalni program DORA.

Kraj, datum: _____

Podpis: _____

Podpisano izjavo za trajno izključitev iz programa DORA pošljete po pošti na naslov: Program DORA – Register DORA, Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana. Skenirano podpisano izjavo lahko pošljete tudi po elektronski pošti na dora@onko-i.si (kot priponko).