



Załącznik nr 1 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa placówek POZ

DEKLARACJA UDZIAŁU PLACÓWKI POZ W PROJEKCIE*

NAZWA PLACÓWKI			
NIP			
WOJEWÓDZTWO			
POWIAT			
GMINA			
MIEJSCOWOŚĆ			
ULICA			
NR BUDYNKU		NR LOKALU	
KOD POCZTOWY		POCZTA	
LICZBA ZATRUDNIONYCH LEKARZY POZ			
LICZBA ZATRUDNIONYCH PIEŁĘGNIAREK			
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY DO KONTAKTU			
TELEFON KONTAKTOWY			
ADRES E-MAIL			

Ja niżej podpisany/a jako osoba upoważniona do reprezentacji i składania oświadczeń woli w imieniu

..... niniejszym deklaruję chęć przystąpienia do udziału w projekcie, którego Beneficjentem jest **Wojskowy Instytut Medyczny**, pod nazwą „*Program profilaktyczny wczesnego wykrywania reumatoidalnego zapalenia stawów w WIM*” finansowanym z funduszy europejskich w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój na lata 2014–2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

Zobowiązuję się, że w szkoleniu z zakresu programu profilaktyki wczesnego wykrywania RZS organizowanym w ramach projektu wezmą udział dwie osoby (w tym co najmniej jeden lekarz).

Jednocześnie deklaruję, że reprezentowana przeze mnie placówka posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń POZ.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa placówek POZ w projekcie.

.....
data, miejsce

.....
Kierownik POZ

Dane do kontaktu:
e-mail: rzs@wim.mil.pl
tel.: 261 817 227

*niniejsza deklaracja nie stanowi zobowiązania wzięcia udziału w projekcie; w sytuacji podjęcia decyzji o współpracy, pomiędzy Wojskowym Instytutem Medycznym, a POZ zostanie zawarta umowa o współpracy