

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Beneficjent: **Szpital Specjalistyczny w Kościerzynie sp. z o.o.**

Tytuł projektu: „**Wdrożenie profilaktyki chorób naczyń mózgowych**”

Numer umowy: **POWR.05.01.00-00-0037/17-00**

Tytuł programu profilaktycznego: **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych**

**Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/am się z zasadami udziału w Projekcie, akceptuję wszystkie zasady oraz spełniam kryteria uczestnictwa w projekcie.
2. Zostałem/am poinformowany/a, że projekt realizowany jest w ramach Osi priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020, Działanie 5.1 Programy profilaktyczne nr POWR.05.01.00-00-0037/17-00 współfinansowany ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego
3. Wyrażam wolę dobrowolnego uczestnictwa w projekcie oraz zgodę na udział w postępowaniu rekrutacyjnym.
4. Deklaruję korzystanie ze świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach projektu wynikających z Ogólnopolskiego programu polityki zdrowotnej w zakresie profilaktyki chorób naczyń mózgowych (dotyczy beneficjentów świadczeń lekarskich).
5. Zobowiązuję się do natychmiastowego informowania Realizatora Projektu o zmianie jakichkolwiek danych osobowych i kontaktowych wpisanych w deklaracji uczestnictwa w projekcie oraz o zmianie swojej sytuacji zawodowej, (np. podjęcie zatrudnienia).
6. Oświadczam, iż nie korzystałem z analogicznego wsparcia realizowanego w zakresie **Ogólnopolski program profilaktyki chorób naczyń mózgowych** wdrażanego przez innego realizatora projektu w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój (POWER) 2014 -2020

Uprzedzony/a o odpowiedzialności karnej za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy niniejszym oświadczam, że dane zawarte w Formularzu rejestracyjnym są zgodne z prawdą.

.....  
**MIEJSCOWOŚĆ I DATA**

.....  
**CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU**