

Załącznik nr 7 do Regulaminu uczestnictwa w projekcie
„Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

„Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec”

nr umowy o dofinansowanie UDA-RPSL.09.02.06-24-05A6/18

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE USŁUG ZDROWOTNYCH

Ja niżej podpisany(a).....
(imię i nazwisko składającego(ej) oświadczenie)

Zamieszkały(a):.....
(adres zamieszkania: kod, miejscowość, ulica, nr domu/zamieszkania)

W związku z objęciem wsparciem poprzez świadczenie opieki zdrowotnej, tj. usług zdrowotnych, rehabilitacyjnych i pielęgnacyjnych w ramach projektu pn. „Wspierająca opieka zdrowotna nad osobami zagrożonymi ubóstwem lub wykluczeniem społecznym w Powiecie M. Sosnowiec” pouczony/a i świadomy/a odpowiedzialności za składanie oświadczeń niezgodnych z prawdą oświadczam, że świadczenia opieki zdrowotnej objęte projektem nie mogą zostać sfinansowane ze środków publicznych, ponieważ:

↑wykraczają poza gwarantowane świadczenia opieki zdrowotnej

↑gwarantowana usługa zdrowotna nie mogłaby zostać sfinansowana ze środków publicznych w okresie trwania projektu.

Jednocześnie, w przypadku objęcia wsparciem w projekcie w postaci usług zdrowotnych, oświadczam, że nie korzystam i nie będę korzystał/a z tego samego typu wsparcia w innych projektach współfinansowanych z EFS w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata – 2014- 2020

.....
MIEJSCOWOŚĆ I DATA

.....
CZYTELNY PODPIS UCZESTNIKA PROJEKTU