**DEKLARACJA UCZESTNICTWA W PROJEKCIE PLACÓWKI ŚWIADCZĄCEJ USŁUGI MEDYCZNE**

**Dane placówek medycznych, które otrzymują wsparcie w ramach POWER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Firma, nazwa albo imię  i nazwisko podmiotu leczniczego** |  | | |
| **Adres siedziby podmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej – adres do korespondencji** | Województwo: □ małopolskie: □ podkarpackie | | |
| Powiat: | | |
| Gmina: | | |
| Miejscowość: | | |
| Ulica: | | |
| Nr budynku: | | |
| Nr lokalu: | | |
| Kod pocztowy: | | |
| Telefon kontaktowy: | | |
| Adres e-mail: | | |
| **Numer NIP** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | **Numer REGON** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ |
| **Nazwa zakładu leczniczego** |  | | |
| **Numer REGON zakładu leczniczego** | \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ | | |
| **Nazwa jednostki organizacyjnej** |  | | |
| **Miejsce udzielania świadczeń** | Województwo: □ małopolskie: □ podkarpackie | | |
| Powiat: | | |
| Gmina: | | |
| Miejscowość: | | |
| Ulica: | | |
| Nr budynku: | | |
| Nr lokalu: | | |
| Kod pocztowy: | | |
| Telefon kontaktowy: | | |
| **Numer umowy z OW NFZ** |  | | |
| **Imię i nazwisko osoby decyzyjnej** |  | | |
| **Stanowisko/funkcja osoby decyzyjnej** |  | | |
| **Status placówki**  **w chwili przystąpienia do projektu** | □ mikroprzedsiębiorstwo | | |
| □ małe przedsiębiorstwo | | |
| □ średnie przedsiębiorstwo  □ duże przedsiębiorstwo | | |
| □ administracja publiczna  □ instytucja ochrony zdrowia | | |
| □ organizacji pozarządowa  □ spółka prawa handlowego  □ spółka prawa cywilnego | | |

Oświadczam, że zostałem/łam poinformowany/a, że projekt „Poprawa jakości usług medycznych   
w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego i podkarpackiego” jest współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego - POWER. Ponadto zgodnie z przepisami z ustawy z dnia 29.08.1997 r. O ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016 r. poz. 922, z późn. zm.) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez: Nowa Rehabilitacja Sp. z o.o., minister właściwy do spraw rozwoju regionalnego pełniący funkcję Instytucji Zarządzającej dla Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, mający siedzibę przy pl. Trzech Krzyży 3/5, 00-507 Warszawa, Ministerstwo Zdrowia, Departament Wdrażania EFS dla potrzeb rekrutacji, realizacji, monitorowania i ewaluacji programu. Zapoznałem/am się z Regulaminem Rekrutacji stanowiącym załącznik do „Deklaracji uczestnictwa w projekcie placówki świadczącej usługi medyczne”.

Oświadczam, iż zapoznałam/łem się z Regulaminem Rekrutacji do projektu „Poprawa jakości usług medycznych w wybranych przychodniach POZ z terenu województwa małopolskiego   
i podkarpackiego”.

........................................................................................

data i podpis uczestnika instytucjonalnego\*

\*osoba upoważniona do podejmowania decyzji wiążących w imieniu podmiotu