**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