

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

## OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEM I SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

Oświadczam również, iż placówka POZ, którą reprezentuję spełnia następujące wymogi:

1. Posiada gabinet zabiegowy i możliwość pobierania krwi do badań diagnostycznych.
2. Siedziba placówki POZ znajduje się w województwie mazowieckim/łódzkim\*.
3. Dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach projektu.
4. Zapewnia dostęp do badań przesiewowych osobom z niepełnosprawnością.
5. Zobowiązuje się do skierowania lekarzy i pielęgniarek na bezpłatne szkolenie e-learning oraz dwa szkolenia z elementami warsztatu w ramach projektu „Program profilaktyki chorób odkleszczowych Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii i Rehabilitacji”.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczęć i podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania placówki POZ

\* niepotrzebne skreślić