



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny



Załącznik nr 2

.....
Pieczęć firmowa Wykonawcy

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że placówka spełnia następujące wymogi:

1. Posiada status jednostki podstawowej opieki zdrowotnej działającej na podstawie obowiązujących przepisów prawa, w tym ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2016, poz. 1638 ze zm.).
2. Zatrudnia minimum jednego lekarza, mającego prawo do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej i jedną pielęgniarkę.
3. Dysponuje zasobami ludzkimi, technicznymi oraz miejscem umożliwiającym współpracę w ramach projektu.
4. Zapewnia możliwość wykonania badań krwi: OB., CRP, morfologia i uzyskanie szybkich wyników tych badań (1- 2 dni).
5. Zapewni dostęp do badań przesiewowych osobom z niepełnosprawnością.
6. Zobowiązuje się do udziału min. 2 pracowników (lekarzy, pielęgniarek), w tym co najmniej jednego lekarza w bezpłatnym szkoleniu z zakresu profilaktyki Reumatoidalnego Zapalenia Stawów organizowanym w ramach projektu.

.....
Miejscowość, data

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