Załącznik nr 4

**DEKLARACJA UCZESTNIKA**

**PROGRAM OPERACYJNY KAPITAŁ LUDZKI**

**KSI: POKL.02.03.03-00-011/14-00**

|  |  |
| --- | --- |
| IMIĘ: |  |
| NAZWISKO: |  |
| NAZWA INSTYTUCJI I ADRES (miejscowość, kod, ulica, województwo): |  |
|  |
|  |
| STANOWISKO: |  |
| TELEFON: |  |
| ADRES MAILOWY: |  |

Ja, niżej podpisany/ a wyrażam chęć uczestnictwa w projekcie pn.: „Wzrost jakości zarządzania w systemie ochrony zdrowia poprzez wsparcie Krajowego Punktu Kontaktowego do spraw Transgranicznej Opieki Zdrowotnej” KSI: POKL.02.03.03-00-006/11 w ramach poddziałania 2.3.3 Podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia PROGRAMU OPERACYJNEGO KAPITAŁ LUDZKI.

Będąc świadomym odpowiedzialności oświadczam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności uprawniające do udziału w projekcie, a dane powyższej deklaracji są zgodne z prawdą   
i stanem faktycznym.

|  |  |
| --- | --- |
| …..……………………………………… | …………………………………………… |
| DATA | CZYTELNY PODPIS |

\* Warunkiem zakwalifikowania uczestnika jest zajmowanie stanowiska:

1. kadra zarządzająca;
2. pracownik działu administracyjnego;
3. pracownik zatrudniony na stanowisku specjalistycznym;
4. personel obsługowy (m.in. sekretarka, sekretarz, recepcjonistka, recepcjonista).