



Cofinanțat de  
Uniunea Europeană



Program Sănătate

**PROGRAMUL SĂNĂTATE**

**Obiectivul de politică 4:** O Europă mai socială și incluzivă prin implementarea Pilonului european al drepturilor sociale

**Prioritatea 1:** Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

**Obiectiv specific:** ESO4.11.

**Titlul proiectului:** LIVE(RO)4 SUD-MUNTENIA Program regional de prevenire, screening și diagnostic al pacienților cu boli hepatice cronice

**Cod MySMIS:** 344475

*Anexa 5*

**DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE**

Subsemnatul/ Subsemnata, \_\_\_\_\_,  
reprezentant legal al \_\_\_\_\_, identificată prin cod fiscal  
nr. \_\_\_\_\_, **declar pe propria răspundere, sub sancțiunea excluderii din  
procedura de afiliere și a sancțiunilor aplicate faptei de fals în declarații că:**

- Societatea/ Cabinetul se află în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate și îndeplinește toate condițiile legale de organizare și funcționare;
- Cabinetul are sediul în regiunea Sud Muntenia;
- Am beneficiat de formare, fie în contextul proiectului POCU "LIVE(RO) 1 – Formarea personalului medical din România pentru screeningul populațional al infecțiilor cronice cu virusuri hepatice B/C/D”, fie în contextul proiectului "LIVE(RO)3 Plan Strategic Integrat: Dezvoltare, Monitorizare și Control al Calității în Screeningul Bolilor Hepatice Cronice"

**SAU**

- Nu am avut posibilitatea de a participa la programele de formare din cadrul proiectului menționat mai sus, însă îmi asum angajamentul de a participa la cursurile organizate în cadrul proiectului LIVE(RO)3, ulterior instruirii privind protocolul de testare și raportare.

**NOTĂ!** Dacă medicul care va presta serviciile este un medic angajat (nu este aceeași persoană care semnează prezenta declarație de eligibilitate), această declarație va fi însoțită de o declarație pe propria răspundere a medicului angajat prin care se certifică participarea/ angajamentul de a participa la cursurile de formare.

Denumire cabinet .....

Nume reprezentant legal .....

Semnătura .....

Data .....



**INSTITUTUL CLINIC FUNDENI**  
SOS. FUNDENI, NR.258, SECTOR 2, 022328 BUCURESTI  
TEL: 021.317.21.94 FAX: 021.318.04.44  
EMAIL: SECRETARIAT@ICFUNDENI.RO  
Operator de date cu caracter personal 8802

