



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



INSTITUTUL CLINIC
FUNDENI