



Programul SĂNĂTATE

Obiectivul de politică 4: O Europă mai socială și mai favorabilă incluziunii, 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: ESO 4.11.

Titlu Proiectului: "Controlul cancerului de coL uterin prin Acces echitabil la seRvicii de cAlitate: consolidarea capacității programului național de screening – CLARA"

Cod Proiect MySMIS: 353063

Anexa 2 - Declarație de eligibilitate

DECLARAȚIE DE ELIGIBILITATE

Subsemnatul/Subsemnata _____, în calitate de reprezentant legal al _____, cu sediul în _____, având cod de identificare fiscală _____, declar pe propria răspundere, cunoscând prevederile art. 326 din Codul penal privind falsul în declarații, că societatea/cabinetul de medicină de familie pe care îl reprezintă îndeplinește cumulativ condițiile minime de eligibilitate pentru participarea în cadrul proiectului „Controlul cancerului de coL uterin prin Acces echitabil la seRvicii de cAlitate: consolidarea capacității programului național de screening – CLARA” cod SMIS: 353063, după cum urmează:

☐ se află în relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate;

☐ îndeplinește toate condițiile legale privind organizarea și funcționarea;

☐ are sediul în Regiunea de Dezvoltare Nord-Vest, respectiv în județul Bihor / Bistrița-Năsăud / Cluj / Satu Mare/Sălaj / Maramureș;

☐ medicii implicați în furnizarea serviciilor medicale își asumă participarea la instruirea privind protocolul de testare și raportare, în condițiile stabilite în cadrul proiectului „Controlul cancerului de coL uterin prin Acces echitabil la seRvicii de cAlitate: consolidarea capacității programului național de screening – CLARA” cod SMIS: 353063.

Observatie: În situația în care serviciile vor fi prestate de un medic angajat, diferit de persoana care semnează prezenta declarație, prezenta va fi însoțită de declarația medicului respectiv privind participarea sau angajamentul de participare la instruirea necesară.

Data: _____

Denumire cabinet: _____

Nume și prenume reprezentant legal: _____

Semnătura: _____



IOCN

Institutul Oncologic
"Prof. Dr. Ion Chiricuță"
Cluj-Napoca

Împreună vedem speranța!