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: Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA
Partener organizator al afilierii: Spitalul Clinic Județean de Urgență Craiova
Cod Proiect MySMIS: 352097

Anexa 2 - Declaraţie de eligibilitate

DECLARAŢIE 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 declaraţii, că societatea/cabinetul de medicină de familie pe care îl reprezint îndeplineşte cumulativ condiţiile minime de eligibilitate pentru participarea în cadrul proiectului "**Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA**" cod SMIS: 352097 , după cum urmează:

[ ] se află în relaţie contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate;

[ ] îndeplineşte toate condiţiile legale privind organizarea şi funcţionarea;

[ ] are sediul în Regiunea de Dezvoltare Sud-Vest Oltenia, respectiv în judeţul Dolj / Gorj / Mehedinți / Olt / Vâlcea;

[ ] medicii implicaţi în furnizarea serviciilor medicale îşi asumă participarea la instruirea privind protocolul de testare şi raportare, în condiţiile stabilite în cadrul proiectului "**Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA**" cod SMIS: 352097

Observatie: *În situaţia în care serviciile vor fi prestate de un medic angajat, diferit de persoana care semnează prezenta declaraţie, prezenta va fi însoţită de declaraţia medicului respectiv privind participarea sau angajamentul de participare la instruirea necesară.*

Data: _____

Denumire cabinet: _____

Nume şi prenume reprezentant legal: _____

Semnătura: _____