

SAMODZIELNY ZESPÓŁ PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW LECZNICTWA OTWARTEGO WARSZAWA PRAGA - PÓŁNOC

Numer wniosku: RPMA.09.02.02-14-b266/18

Tytuł Projektu: Kompleksowe wsparcie SZPZLO Warszawa Praga - Północ  
w zakresie chorób kręgosłupa dla dzieci kl. I-VI w woj. mazowieckim

## Deklaracja uczestnictwa w projekcie

Ja niżej podpisany .....

(imię i nazwisko)

deklaruję udział .....

(imię i nazwisko dziecka)

zamieszkałej/ego.....

(adres)

w projekcie „ Kompleksowe wsparcie SZPZLO Warszawa Praga - Północ w zakresie chorób kręgosłupa dla dzieci kl. I-VI w woj. Mazowieckim ” realizowanym od dnia 02.09.2019 r. do dnia 30.06.2021 r. przez SZPZLO Warszawa Praga-Północ z siedzibą w Warszawie, przy ul. Jagiellońskiej 34, w ramach Działania 9.2 Usługi społeczne i usługi opieki zdrowotnej, Poddziałania 9.2.2 Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020.

Jednocześnie oświadczam, że:

1. Wyrażam wole uczestnictwa w projekcie
2. Zostałem pouczone/y o odpowiedzialności wynikającej ze składania oświadczeń niezgodnych z prawdą.
3. Oświadczam, że zostałam/em poinformowana/y o współfinansowaniu projektu przez Unie Europejską w ramach środków z Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020

.....

(Miejscowość, data)

.....

(czytelny podpis rodzica/opiekuna)

## Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam/łem się z Regulaminem udziału w projekcie pn. Kompleksowe wsparcie SZPZLO Warszawa Praga - Północ w zakresie chorób kręgosłupa dla dzieci kl. I-VI w woj. Mazowieckim”, realizowanym w ramach Poddziałania 9.2.2. „Zwiększenie dostępności usług zdrowotnych” w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Mazowieckiego na lata 2014-2020, dostępnym w Biurze Projektu i akceptuję wszystkie jego zapisy.

- Tak
- Nie

.....  
(Miejscowość i data)

.....  
(czytelny podpis rodzica/opiekuna)