



Anexa nr. 2 - Declarație de eligibilitate

Declarație de eligibilitate

Subsemnatul, _____, reprezentant legal al _____ (cabinet medical individual / cabinete medicale grupate / cabinete medicale asociate / societate civilă medicală), cu sediul în _____, identificată prin cod fiscal nr. _____, 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 „LIVERO 4 SE – Program Integrat Pentru Prevenția, Depistarea Precoce Și Direcționarea Către Tratament A Pacienților Cu Boli Hepatice Cronice Aparținând Grupurilor Vulnerabile Din Regiunea Sud-Est” cod SMIS 348084, după cum urmează:

- ☐ se află în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate
- ☐ îndeplinește toate condițiile legale de organizare și funcționare;
- ☐ are sediul în Regiunea de Dezvoltare Sud-Est, respectiv în județul Brăila / Buzău / Constanța / Galați / Tulcea / Vrancea;
- ☐ medicii implicați în furnizarea serviciilor medicale au beneficiat de formare fie în cadrul 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 selectat în contextul apelului finanțat din Programul Sănătate PS/179/PS_P1/OP4/ESO4.11/PS_P1_ESO4.11_A1 "Măsurile sistemice de planificare, monitorizare și control al calității programului de screening pentru boli hepatice cronice - etapa I" - Subactivitatea 1.2. Organizarea și derularea programului de formare a personalului implicat/ care poate fi implicat în implementarea programului de screening al populației pentru boli hepatice cronice.

SAU

medicii implicați în furnizarea serviciilor medicale nu au avut posibilitate de a participa la programele de formare din cadrul proiectelor menționate mai sus, însă își asumă participarea la cursurile organizate în cadrul Programului Sănătate PS/179/PS_P1/OP4/ESO4.11/PS_P1_ESO4.11_A1 "Măsurile sistemice de planificare, monitorizare și control al calității programului de screening pentru boli hepatice cronice - etapa I" - Subactivitatea 1.2. Organizarea și derularea programului de formare a personalului implicat/ care poate fi implicat în implementarea programului de screening al populației pentru boli hepatice cronice, ulterior instruirii privind protocolul de testare și raportare.





NOTĂ! 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 societate/ cabinet _____

Nume reprezentant legal (administrator/ medic titular) _____

Semnătura _____

