

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: Depistare Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA

Beneficiar: Institutul Oncologic "Prof. Dr. Ion Chiricuta" Cluj-Napoca

Cod Proiect MySMIS: 352097

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 reprezint îndeplinește cumulativ condițiile 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 relație contractuală cu Casa de Asigurări de Sănătate;

☐ îndeplinește toate condițiile legale privind organizarea și funcționarea;

☐ are sediul în Regiunea de Dezvoltare Sud Est, respectiv în județul Brăila, Buzău, Constanța, Galați, Tulcea și Vrancea.

☐ medicii implicați în furnizarea serviciilor medicale își asumă participarea la instruirea privind protocolul de testare și raportare, în condițiile stabilite în cadrul proiectului **“Programul Național de Screening pentru Cancerul de Sân: Depistarea Activă, Responsabilitate, Informație și Acces – DARIA”** cod SMIS: 352097

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.



Cofinanțat de
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Data: _____

Denumire cabinet: _____

Nume și prenume reprezentant legal: _____

Semnătura: _____