

Projekt „Łódzki program profilaktyki nowotworów głowy i szyi” nr POWR.05.01.00-00-0011/16 współfinansowany ze środków Unii Europejskiej z Europejskiego Funduszu Społecznego, w ramach Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020

Ja niżej podpisany, (imię i nazwisko) potwierdzam, iż spełniam kryteria kwalifikowalności określone w regulaminie konkursu tzn. jestem:

- jestem osobą zatrudnioną (bez względu na formę zatrudnienia)/współpracującą w/z podmiotem leczniczym udzielającym świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (nazwa placówki) posiadającej umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń lekarza POZ oraz posiadającej podpisaną umowę o współpracy z Uniwersytetem Medycznym w Łodzi.
- jestem lekarzem/lekarką
- jestem pielęgniarem/pielęgniarką

Nazwa podmiotu:	
Numer umowy o współpracy:	

.....

Data

.....

Podpis uczestnika