## 

**Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19**

## ……………………….

## Miejscowość i data

Nazwa i adres Wnioskodawcy

……………………….

……………………….

……………………….

# OŚWIADCZENIE

**o spełnieniu warunków dostępowych projektów z zakresu onkologii**

W związku z ubieganiem się ............................................... *(nazwa Wnioskodawcy)* o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego *Województwa Śląskiego na lata 2014-2020,* Osi priorytetowej XIV Działania naprawcze w kontekście pandemii COVID-19 – REACT-EU, Działania 14.1 Infrastruktura ochrony zdrowia – REACT-EU na realizację Projektu ........................................................................................................................(nazwa projektu), ………………………………………………..….(nazwa podmiotu leczniczego, którego projekt dotyczy) oświadcza, że realizacja ww. Projektu (niewłaściwe skreślić):

1. Nie przyczyni się do zwiększania liczby urządzeń do Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET) / Przyczyni się[[1]](#footnote-4430) do zwiększania liczby urządzeń do Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET)

……………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do zwiększenia liczby urządzeń do PET należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do wymiany PET / Przyczyni się[[2]](#footnote-31386) do wymiany PET

……………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do wymiany PET należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do utworzenia nowego ośrodka chemioterapii / Przyczyni się[[3]](#footnote-3172) do utworzenia nowego ośrodka chemioterapii

……………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do utworzenia nowego ośrodka chemioterapii należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do zakupu dodatkowego akceleratora liniowego do teleradioterapii / Przyczyni się[[4]](#footnote-10424) do zakupu dodatkowego akceleratora liniowego do teleradioterapii

……………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do zakupu dodatkowego akceleratora liniowego do teleradioterapii należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do wymiany akceleratora liniowego do teleradioterapii / Przyczyni się[[5]](#footnote-11732) do wymiany akceleratora liniowego do teleradioterapii

…………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do wymiany akceleratora liniowego do teleradioterapii należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do zakupu dodatkowego rezonansu magnetycznego / Przyczyni się[[6]](#footnote-25829) do zakupu dodatkowego rezonansu magnetycznego

…………………………………………………………………………………………………………………………

(Jeśli projekt przyczyni się do zakupu dodatkowego rezonansu magnetycznego należy przedstawić uzasadnienie)

1. Nie przyczyni się do wymiany rezonansu magnetycznego / Przyczyni się[[7]](#footnote-7631) do wymiany rezonansu magnetycznego

……………………………………………………………………………………………………………………………… (Jeśli projekt przyczyni się do wymiany rezonansu magnetycznego należy dodatkowo uzasadnić realizację takiej inwestycji stopniem zużycia urządzenia, w tym w szczególności gdy urządzenie ma więcej niż 10 lat)

*Imię i Nazwisko*

*……………………………….………………*

*(podpis i pieczątka osoby upoważnionej do składania oświadczenia w imieniu Beneficjenta/Partnera)*

1. tylko, jeśli taka potrzeba wynika z map potrzeb zdrowotnych [↑](#footnote-ref-4430)
2. tylko, jeśli taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia [↑](#footnote-ref-31386)
3. tylko, jeśli taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych [↑](#footnote-ref-3172)
4. tylko, jeśli taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych oraz jedynie w miastach wskazanych w mapie [↑](#footnote-ref-10424)
5. tylko, jeśli taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia, w tym w szczególności gdy urządzenie ma więcej niż 10 lat. [↑](#footnote-ref-11732)
6. tylko, jeśli taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych oraz jedynie w miastach wskazanych w mapie [↑](#footnote-ref-25829)
7. tylko, jeśli taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia, w tym w szczególności gdy urządzenie ma więcej niż 10 lat [↑](#footnote-ref-7631)