

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

## ……………………….

## Miejscowość i data

…………………….............….

………………………..............

………………………...............

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

* **o adekwatności podjętych działań,**
* **o dysponowaniu odpowiednio wykwalifikowaną kadrą medyczną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem,**
* **o dysponowaniu infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem,**
* **Systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem,**
* **o wdrożonej i zaktualizowanej polityce bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.**

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, iż:

1. zaplanowane w ramach projektu działania/zakupy wyrobów medycznych są uzasadnione z punktu widzenia **rzeczywistego zapotrzebowania** na dany produkt (wytworzona infrastruktura, w tym ilość, parametry wyrobu medycznego, są adekwatne do zakresu udzielanych przez podmiot leczniczy świadczeń opieki zdrowotnej lub w przypadku poszerzania oferty medycznej odpowiadać będą na zidentyfikowane deficyty podaży świadczeń).
2. dysponuję / zobowiązuję się[[1]](#footnote-1) do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu **kadrą medyczną** odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem[[2]](#footnote-2);
3. dysponuję / zobowiązuję się[[3]](#footnote-3) do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu **infrastrukturą techniczną** niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem[[4]](#footnote-4).
4. dysponuję / zobowiązuję się[[5]](#footnote-5) do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu **systemami teleinformatycznymi** do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem.
5. dysponuję / zobowiązuję się[[6]](#footnote-6) do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu **wdrożoną i zaktualizowana polityką bezpieczeństwa** w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.

*Imię i Nazwisko*

*……………………………….………………*

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

1. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. spełnienie ww. warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości. [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)
4. Spełnienie ww. warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości. [↑](#footnote-ref-4)
5. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-5)
6. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-6)