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

## ……………………….

## Miejscowość i data

*Nazwa i adres Wnioskodawcy*

……………………….

……………………….

……………………….

……………………….

# OŚWIADCZENIE[[1]](#footnote-1)

**o udziale świadczeń zabiegowych**

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 projektu dotyczy następujących oddziałów zabiegowych[[2]](#footnote-2):

1. Oddział ……………………………., w którym udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale   
   wyniósł co najmniej 50% wszystkich udzielanych świadczeń,

…..

1. Oddział ……………………………., w którym udział świadczeń zabiegowych we wszystkich świadczeniach udzielanych na tym oddziale   
   wyniósł co najmniej 50% wszystkich udzielanych świadczeń.

*Imię i Nazwisko*

*……………………………….………………*

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

1. Dotyczy projektów realizowanych na oddziałach o charakterze zabiegowym [↑](#footnote-ref-1)
2. Oświadczenie musi dotyczyć wszystkich oddziałów o charakterze zabiegowym objętych projektem. [↑](#footnote-ref-2)