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

…................................ Miejscowość i data

## ……………………….

……….............……………….

……..............………………….

*Nazwa i adres Wnioskodawcy*

# OŚWIADCZENIE

**o udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych**

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:[[1]](#footnote-1)

a) udziela świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie następującej umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zbieżnym z zakresem projektu:

- rodzaj i nazwa świadczenia:………………………..(proszę wymienić)

- okres na który została zawarta umowa:…………….(proszę wymienić)

b) W przypadku projektu przewidującego rozwój działalności medycznej lub zwiększenia potencjału w tym zakresie – zobowiązuje się do udzielania świadczeń opieki zdrowotnej na podstawie umowy zawartej z oddziałem wojewódzkim NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zbieżnym z zakresem projektu - najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu[[2]](#footnote-10587)

.

Ponadto oświadczam, że otrzymane wsparcie będzie wykorzystywane na cele świadczeń gwarantowanych w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne[[3]](#footnote-2) w okresie zachowania trwałości projektu tj. przynajmniej pięć lat od płatności końcowej na rzecz beneficjenta.

W przypadku wykorzystania dofinansowanej infrastruktury oraz zakupionego w ramach projektu sprzętu medycznego/aparatury/wyposażenia do działalności prowadzonej poza kontraktem z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne w okresie trwałości projektu Beneficjent będzie zobowiązany do zwrotu otrzymanego dofinansowania proporcjonalnie do okresu wykorzystywania otrzymanego wsparcia poza kontraktem.

Ponadto oświadczam, że Beneficjent zobowiązuje się do zwrotu dofinansowania wraz z odsetkami, jak dla zaległości podatkowych, od dnia wypłaty środków, jeśli w okresie trwałości dofinansowana infrastruktura nie będzie objęta kontraktem z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne, proporcjonalnie do niezachowania okresu trwałości.

*Imię i Nazwisko*

*……………………………….………………*

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

1. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-1)
2. Spełnienie tego warunku będzie elementem kontroli w czasie realizacji projektu oraz po zakończeniu jego realizacji w ramach tzw. kontroli trwałości. [↑](#footnote-ref-10587)
3. Np. NFZ [↑](#footnote-ref-2)