

.....
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 X *Rewitalizacja oraz infrastruktura społeczna i zdrowotna*, Działania
10.1 *Infrastruktura ochrony zdrowia* na realizację Projektu(nazwa projektu),
.....(nazwa podmiotu leczniczego, którego projekt dotyczy) oświadczam,
że: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.

¹ Niewłaściwe skreślić

Ponadto oświadczam, że otrzymane wsparcie będzie wykorzystywane na cele świadczeń gwarantowanych w ramach kontraktu z Instytucją Finansującą Publiczne Świadczenia Zdrowotne² 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.

Ja, niżej podpisany jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

Imię i Nazwisko

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

² Np. NFZ