**DEKLARACJA PARTNERA**

**„Program profilaktyki raka płuc realizowany przez 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu”**

**Konkurs w ramach** Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020, Oś priorytetowa V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.1 Programy profilaktyczne.

W związku z ogłoszeniem przez **4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu** naboru na partnerów w celu wspólnej realizacji projektu **„Program profilaktyki raka płuc realizowany przez 4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką SP ZOZ we Wrocławiu”**

………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu (partnera)

**DEKLARUJE**

**gotowość współpracy w zakresie partnerstwa w realizacji przedmiotowego projektu.**

W strukturze organizacyjnej Partnera znajdują się następujące zasoby:

…………………………………………………………………………………………………

W przypadku wyboru

………………………………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu (partnera)

1) NIP, REGON instytucji zainteresowanej udziałem w Partnerstwie;

2) krótka charakterystyka planowanego udziału w projekcie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3) informacja o doświadczeniach partnera w projektach o podobnym charakterze ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

4) opis dotychczasowej działalności oraz doświadczeń w realizacji projektów finansowanych z funduszy Unii Europejskiej (dotyczy zarówno partnera społecznego, jak i podmiotu POZ).  
………………………………………………………………………………………………….  
………………………………………………………………………………………………….

Wyrażamy zgodę na upublicznienie tej informacji.

………………………………………………………………………………….…

(pieczęć imienna i czytelny podpis osoby upoważnionej)

Załączniki

1) Oświadczenie o niezaleganiu z płatnościami na rzecz podmiotów publiczno-prawnych

2) Dane kontaktowe

Załącznik nr 1

Wrocław, dnia ………………...

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczamy, że:

…………………………………………………………………………………………………

[Nazwa podmiotu (partnera)]

nie zalega z płatnościami na rzecz podmiotów publicznych i prywatnych, a tym samym:

nie zalega z opłacaniem podatków do US,

nie zalega opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne do ZUS,

nie figuruje w Krajowym Rejestrze Długów.

………………………………………………………………………………….…

(pieczęć imienna i czytelny podpis osoby upoważnionej)

Załącznik nr 2

**DANE ZGŁASZAJĄCEGO I OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU ORAZ OSOBY DO KONTAKTÓW W SPRAWIE WSPÓŁPRACY(IMIĘ, NAZWISKO, STANOWISKO, TELEFON).**

Dane Kontaktowe:

Osoba / osoby uprawniona do reprezentowania podmiotu : ………………………………………

Osoba do kontaktu: …………………………………………………..

e-mail: ……………………………………………………..

tel…………………………………………………………….