***Załącznik nr 1 do Umowy Udziału w Projekcie***

**Oświadczenia Uczestnika Projektu**

1. Osoba/y uprawnione do reprezentowania podmiotu, w tym podpisywania umów, zgodnie   
   z dokumentem rejestrowym (KRS, CEiDG lub umową spółki)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko osoby/ób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu wg dokumentu rejestrowego |  | Zajmowane stanowisko |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Osoba do kontaktu: |  | Telefon |  |
| e-mail kontaktowy |  |

1. Oświadczenie dotyczące liczby świadczeń i miejsc udzielania świadczeń

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje podstawowe:** | | | | | |
| Nazwa przedsiębiorstwa (pełna nazwa podmiotu leczniczego zgodna z dokumentem rejestrowym) |  | | | | |
| Forma prawna |  | | | | |
| Numer KRS (jeśli dotyczy) |  | | | | |
| Telefon |  | NIP | |  | |
| E-mail |  | REGON | |  | |
| Adres siedziby głównej podmiotu leczniczego | Ulica |  | | | |
| Numer domu, Numer lokalu |  | | | |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  | | | |
| Gmina |  | | | |
| Powiat |  | | | |
| Województwo |  | | | |
| Obszar[[1]](#footnote-1) | Miejski |  | Wiejski | |  |
| Liczba miejsc udzielania świadczeń | POZ |  | | | |
| AOS |  | | | |

1. **Wykaz miejsc udzielania świadczeń[[2]](#footnote-2)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adres 1-go miejsca udzielania świadczeń (inny niż siedziba główna) | Ulica | |  | | |
| Numer domu, Numer lokalu | |  | | |
| Kod pocztowy, Miejscowość | |  | | |
| Gmina | |  | | |
| Powiat | |  | | |
| Obszar[[3]](#footnote-3) | Miejski |  | | Wiejski |  |
| **Średnia liczba**  **udzielonych świadczeń**  **osobistych z 3 miesięcy**  **(marzec – maj 2021)** | **POZ** | | | **AOS** | |
| **Osoba upoważniona do podpisania Protokołu Przekazania Wsparcia** | Imię i Nazwisko | | |  | |
| Telefon kontaktowy, adres mailowy | | |  | |

1. Deklaruję chęć osobistej dystrybucji otrzymanych ŚOI do swoich placówek:
   * + **TAK** – dostawa pod wskazany niżej adres
     + **NIE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adres dostawy | Pełna nazwa podmiotu |  | |
| Ulica |  | |
| Numer domu, Numer lokalu |  | |
| Kod pocztowy, Miejscowość |  | |
| **Osoba upoważniona do podpisania Protokołu Przekazania Wsparcia** | Imię i Nazwisko | |  |
| Telefon kontaktowy, adres mailowy | |  |

1. Obszary wiejskie to tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej. Dostęp do danych z podziałem terytorialnym na stronie internetowej GUS:

   https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/unijne-typologie-terytorialne-tercet/stopien-urbanizacji-degurba/ [↑](#footnote-ref-1)
2. **W przypadku większej liczby miejsc udzielania świadczeń należy powielić tabelkę.** [↑](#footnote-ref-2)
3. Obszary wiejskie to tereny położone poza granicami administracyjnymi miast – obszary gmin wiejskich oraz część wiejska (leżąca poza miastem) gminy miejsko-wiejskiej. Dostęp do danych z podziałem terytorialnym na stronie internetowej GUS:

   https://stat.gov.pl/statystyka-regionalna/jednostki-terytorialne/unijne-typologie-terytorialne-tercet/stopien-urbanizacji-degurba/ [↑](#footnote-ref-3)