Załącznik nr 2 Oświadczenie o współpracy w ramach partnerstwa

OŚWIADCZENIE O WSPÓŁPRACY

W RAMACH PARTNERSTWA W ZAKRESIE WSPÓLNEJ REALIZACJI PROJEKTU

FINANSOWANEGO ZE ŚRODKÓW EUROPEJSKIEGO FUNDUSZU SPOŁECZNEGO PLUS

W RAMACH PROGRAMU FUNDUSZE EUROPEJSKIE DLA ROZWOJU SPOŁECZNEGO 2021-2027

Działanie 04.14 Deinstytucjonalizacja długoterminowej opieki medycznej

Ja niżej podpisany/na, reprezentujący/ca

……………………………………………………………………………………………………..

(nazwa podmiotu)

oświadczam, że deklaruję:

1. Po dokonaniu wyboru na partnera do wspólnej realizacji projektu pt. „*Helpline - uruchomienie i utrzymanie bezpłatnej infolinii dla osób chorych na chorobę Alzheimera lub inne zaburzenia otępienne oraz ich rodzin i opiekunów*” deklaruję współpracę z Beneficjentem – Rzecznikiem Praw Pacjenta w realizacji projektu oraz jego rozliczaniu.
2. Dysponowanie odpowiednim potencjałem osobowym, technicznym, lokalowym zdolnym do realizacji działań w ramach projektu.
3. Dyspozycyjność zespołu projektowego przez pełen okres realizacji projektu, a w przypadku konieczności prowadzenia działań związanych z rozliczeniem projektu – również po okresie jego realizacji, do zakończenia ww. działań.

Jednocześnie oświadczam, że deklarowany realizator projektu to:

………………………………………………………………………

/nazwa realizatora

………………………………………………………………………

/forma prawna realizatora

………………………………………………………………………

/adres siedziby realizatora

………………………………………………………………………

/podpis i pieczątka osoby/osób uprawnionych

………………………………………………………………………

/pieczęć podmiotu

………………………………………………………………………

/miejscowość, data