Załącznik nr 7

……………………………………………………………………….

imię I nazwisko wojewódzkiego/krajowego

konsultanta w dziedzinie gastroenterologii

………………………………………………………………………..

pełniona funkcja

**Opinia wojewódzkiego konsultanta / krajowego konsultanta w dziedzinie gastroenterologii ⃰ o spełnieniu wymagań stawianych oferentom i możliwości realizacji zadania**

**Dotyczy ośrodka: ……………………...** (należy podać pełną nazwę oraz adres ośrodka) …………………………..

Potwierdzam, iż ww. ośrodek spełnienia wymagania stawiane oferentom w konkursie ofert na wybór realizatorów zadania Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych pn.: Program badań przesiewowych raka jelita grubego, w zakresie wykonywania badań kolonoskopowych w systemie oportunistycznym na lata 2019 – 2021, i tym samym posiada możliwość prawidłowej realizacji przedmiotowego zadania.

Uzasadnienie:

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

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

 ………………………………. ……………………………………….

 Data Pieczęć i podpis wojewódzkiego/krajowego

 konsultanta w dziedzinie gastroenterologii

⃰niepotrzebne skreślić