

**Załącznik nr 2 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie**

……………………………………

 *(Miejscowość, data)*

**Rekomendacja Dyrektora**

 Rekomenduję Pana/Panią … (imię i nazwisko), zatrudnionego/zatrudniona na stanowisku … (nazwa stanowiska) lub świadczącej usługi … (należy wskazać przedmiot umowy) na podstawie umowy zlecenia do udziału w szkoleniach prowadzonych w ramach projektu „Doskonalenie jakości zarządzania w centrach krwiodawstwa i krwiolecznictwa” Programu Operacyjnego Wiedza Edukacja Rozwój 2014-2020 współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego, Osi Priorytetowej V Wsparcie dla obszaru zdrowia Działanie 5.2 Działania projakościowe i rozwiązania organizacyjne w systemie ochrony zdrowia ułatwiające dostęp do niedrogich, trwałych oraz wysokiej jakości usług zdrowotnych -nr porozumienia: POWR.05.02.00-00-0002/21-00.

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

 *Czytelny/kwalifikowany podpis elektroniczny podpis Dyrektora*