## *……………………….*

## Miejscowość i data

……………………….

Nazwa i adres Beneficjenta

# OŚWIADCZENIE

 **o dysponowaniu kadrą medyczną**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 - Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną, na realizację projektu pn ......................................(nazwa projektu), oświadczam, iż wnioskodawca dysponuje/ zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie
o dofinansowanie projektu\*, kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 …………………………

(podpis i pieczątka)

\* niepotrzebne skreślić

## *……………………….*

## Miejscowość i data

……………………….

Nazwa i adres Beneficjenta

# OŚWIADCZENIE

 **o dysponowaniu** **infrastrukturą techniczną**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 - Działanie 6.2 Inwestycje w infrastrukturę zdrowotną, na realizację projektu pn. ...............(nazwa projektu), oświadczam, iż wnioskodawca dysponuje/ zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu\*, infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

 …………………………

(podpis i pieczątka)

\* niepotrzebne skreślić