## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Beneficjenta/partnera

# OŚWIADCZENIE

 **o dysponowanie wykwalifikowaną kadrą medyczną, infrastrukturą techniczną**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Beneficjenta/partnera) o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 (Oś priorytetowa XII REACT EU - Wspieranie kryzysowych działań naprawczych w kontekście pandemii COVID-19 i przygotowania do ekologicznej i cyfrowej odbudowy gospodarki zwiększającej jej odporność, Działanie 12.1 Zwiększenie jakości i dostępności usług zdrowotnych w walce z pandemią COVID-19)

na realizację Projektu ......................................(nazwa projektu), oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie dysponuje:

* kadrą medyczną odpowiednio wykwalifikowaną do obsługi wyrobów medycznych objętych projektem,
* infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem,

…………………………

(podpis i pieczątka)

## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Beneficjenta/partnera

# OŚWIADCZENIE

 **o dysponowanie systemami teleinformatycznymi oraz polityką bezpieczeństwa**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Beneficjenta/parnera) o przyznanie dofinansowania ze środków Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Dolnośląskiego 2014-2020 (Oś priorytetowa XII REACT EU - Wspieranie kryzysowych działań naprawczych w kontekście pandemii COVID-19 i przygotowania do ekologicznej i cyfrowej odbudowy gospodarki zwiększającej jej odporność, Działanie 12.1 Zwiększenie jakości i dostępności usług zdrowotnych w walce z pandemią COVID-19)

na realizację Projektu ......................................(nazwa projektu), oświadczam, iż na dzień złożenia wniosku o dofinansowanie dysponuje:

* systemami teleinformatycznymi do prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej niezbędnej przy użytkowaniu wyrobów medycznych objętych projektem (o ile dotyczy),
* wdrożoną i zaktualizowaną polityką bezpieczeństwa w zakresie użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem (o ile dotyczy)

…………………………

(podpis i pieczątka)

\*oświadczanie nie dotyczy wyrobów medycznych, dla których nie ma obowiązku prowadzenia dokumentacji medycznej w postaci elektronicznej oraz których użytkowanie nie jest związane z koniecznością stosowania polityki bezpieczeństwa