

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

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

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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/ 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,
* infrastrukturą techniczną niezbędną do instalacji i użytkowania wyrobów medycznych objętych projektem,

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

 **o dysponowaniu systemami teleinformatycznymi oraz polityką bezpieczeństwa \***

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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/ zobowiązuje się do dysponowania najpóźniej w dniu zakończenia okresu kwalifikowalności wydatków określonego w umowie o dofinansowanie projektu:

* 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)

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(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



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

**dot. zwiększenie liczby łóżek szpitalnych**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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 projekt nie zakłada zwiększenia liczby łóżek szpitalnych[[1]](#footnote-2) – z wyjątkiem gdy:

* taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych, lub
* projekt zakłada konsolidację dwóch lub więcej oddziałów szpitalnych/ szpitali, przy czym liczba łóżek szpitalnych w skonsolidowanej jednostce nie może być większa niż suma łóżek w konsolidowanych oddziałach szpitalnych/ szpitalach (chyba, że spełniony jest warunek,
o którym mowa w tirecie pierwszym) – w przypadku projektów dotyczących leczenia szpitalnego

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

………………………………………..

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

**dot. cyfryzacji i informatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i leczenia szpitalnego**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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 zakres projektu dotyczący cyfryzacji i informatyzacji ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (AOS) i leczenia szpitalnego (również jako element projektu), został uzgodniony z departamentem Ministerstwa Zdrowia właściwym do spraw e-zdrowia

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

##  *………………….*

## Miejscowość i data

……………………………….……….

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

**dot. projektów z zakresu onkologii**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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 projekt nie zakłada:

a. zwiększania liczby urządzeń do Pozytonowej Tomografii Emisyjnej (PET) – chyba, że taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych,

b. wymiany PET – chyba, że taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia,

c. utworzenia nowego ośrodka chemioterapii – chyba, że taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych,

d. zakupu dodatkowego akceleratora liniowego do teleradioterapii – chyba, że taka potrzeba wynika
z mapy potrzeb zdrowotnych oraz jedynie w miastach wskazanych w mapie,

e. wymiany akceleratora liniowego do teleradioterapii – chyba, że taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia, w tym w szczególności gdy urządzenie ma więcej niż 10 lat,

f. zakupu dodatkowego rezonansu magnetycznego – chyba, że taka potrzeba wynika z mapy potrzeb zdrowotnych oraz jedynie w miastach wskazanych w mapie,

g. wymiany rezonansu magnetycznego – chyba, że taki wydatek zostanie uzasadniony stopniem zużycia urządzenia, w tym w szczególności gdy urządzenie ma więcej niż 10 lat.

Ponadto oświadczam, że projekt jest zgodny z Narodową Strategią Onkologiczną, w szczególności
w zakresie zapewnienia zgodności działań w ramach projektu z założeniami, celami, działaniami
i rezultatami określonymi w ramach ww. dokumentu.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)



Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

……………………………….……….

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

**dot. sytuacji majątkowej i finansowej podmiotu, udzielającego świadczeń w zakresie leczenia szpitalnego**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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 projekt nie jest kierowany do podmiotu, który w wyniku badania sprawozdania finansowego przez niezależnego biegłego rewidenta za ostatni zamknięty rok finansowy otrzymał negatywną opinię w zakresie sytuacji majątkowej i finansowej

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)

##

Sfinansowano w ramach reakcji Unii na pandemię COVID-19

## *……………………….*

## Miejscowość i data

……………………………….……….

Nazwa i adres Wnioskodawcy

# OŚWIADCZENIE

**dot. sytuacji ekonomiczno-finansowej**

W związku z ubieganiem się ..................................................... (nazwa Wnioskodawcy) 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 inwestycja nie będzie realizowana na rzecz szpitala będącego w sytuacji ekonomiczno-finansowej zagrażającej trwałości projektu. Natomiast inwestycje wprowadzane do realizacji po wejściu w życie ustawy reformującej sektor szpitalnictwa, będą musiały być z nią zgodne.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

…………………………

(podpis i pieczątka)

1. Nie dotyczy łóżek szpitalnych utworzonych dla pacjentów chorych na COVID-19 [↑](#footnote-ref-2)