***Załącznik nr 4 do Regulaminu rekrutacji i uczestnictwa w projekcie pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”***

**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie**

***pn. „Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”***

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Imię (imiona) i Nazwisko**
 |  |
| 1. **PESEL**
 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Ja, niżej podpisana/-y deklaruję udział w Projekcie ***„Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”*** realizowanego w ramach naboru dla działania: 9.2. Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania: 9.2.3. Rozwój usług społecznych i zdrowotnych- OSI, współfinansowanego ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Projekt realizowany jest przez **Przychodnię Lekarską Szombierki sp. z o.o.**

Jednocześnie:

⬜ Zobowiązuję, się do uczestnictwa we wszystkich zaplanowanych formach wsparcia na zasadach określonych w **„Regulaminie rekrutacji i uczestnictwa w Projekcie pn. *„Funkcjonowanie Ośrodka Wsparcia Medyczno-Rehabilitacyjnego 65+ w Mieście Bytom”*”**, w tym do punktualnego przygotowania się do transportu medycznego i zaplanowanych badań, konsultacji, zabiegów.

⬜ Zobowiązuję są do udzielania niezbędnych informacji dla celów monitoringu, kontroli i ewaluacji Projektu w trakcie i do 3 m-cy po zakończeniu udziału w projekcie. Zobowiązuję się do udziału w badaniach ankietowych związanych z realizacją projektu.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*[Data i miejsce] [Czytelny podpis Uczestnika Projektu]*