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

**Deklaracja uczestnictwa w Projekcie**

Ja, niżej podpisana/-y ...............................................................................................................................

*(Imię i Nazwisko)*

..................................................................................................................................................................

*(adres zamieszkania, PESEL)*

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 oświadczam, iż:

1. Zamieszkuję (w rozumieniu przepisów Kodeksu Cywilnego1) na terenie podregionu bytomskiego

2. Zapoznałam/zapoznałem się z Regulaminem niniejszego Projektu i w pełni go akceptuję.

3. Jestem świadoma(-y) obowiązków i praw Uczestnika Projektu, wynikających z Regulaminu Rekrutacji.

4. Przekazane przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

1 ***Osoba zamieszkała*** *w rozumieniu Kodeksu Cywilnego: Rozdział II art. 25. Miejscem zamieszkania osoby fizycznej jest miejscowość, w której osoba ta przebywa z zamiarem stałego pobytu.*

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

*(Data i Miejscowość) (Czytelny podpis Uczestnika Projektu)*