**Załącznik nr 19 do Wniosku o dofinansowanie**

**do oceny kryterium merytorycznego nr 5**

Nazwa i adres Wnioskodawcy Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE UMOWY W ZAKRESIE POZ**

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania w ramach programu regionalnego Fundusze Europejskie dla Łódzkiego 2021-2027 na realizację projektu pod nazwą …………………………………………………………………………………………………

oświadczam, że projekt będzie realizowany wyłącznie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który posiada umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) zgodnym z zakresem wynikającym z Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej

**„Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń”**

Podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Wnioskodawcy /Partnera