



Fundusze Europejskie  
dla Łódzkiego

Dofinansowane przez  
Unię Europejską



Załącznik nr 2 do Regulaminu

## OŚWIADCZENIE UCZESTNIKA/CZKI PROGRAMU

Oświadczam, że w Projekcie pn. „*Rehabilitacja narządów ruchu w Zduńskowolskim Szpitalu Powiatowym Sp. z o.o.*” realizującym „Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu” nie korzystałam/em w ciągu ostatnich 6 miesięcy, nie korzystam, jak również w trakcie korzystania z zabiegów rehabilitacyjnych nie będę korzystała z świadczeń rehabilitacji leczniczej dotyczących tych samych zabiegów i zleconych z powodu tego samego rozpoznania, finansowanych z innych środków publicznych, w tym:

- NFZ (lub płatnika będącego kontynuatorem prawnym NFZ),
- Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS),
- Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS),
- Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych (PFRON),
- Europejskiego Funduszu Społecznego i budżetu państwa w innym projekcie dotyczącym rehabilitacji chorób układu kostno-stawowego i mięśniowego realizowanym w ramach:
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób grzbietu i kręgosłupa, do których predysponuje lub nasila objawy siedzący charakter pracy” lub
  - „Programu rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców województwa łódzkiego w zakresie chorób narządu ruchu”,
- budżetu jednostek samorządu terytorialnego z terenu województwa łódzkiego w innym programie polityki zdrowotnej (samorząd województwa, samorządy powiatowe, w tym miasta na prawach powiatu, samorządy gminne).

Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.

W załączeniu przedstawiam dowody potwierdzające niekorzystanie przeze mnie w ciągu ostatnich 6 miesięcy z ww. świadczeń.

.....  
data i podpis Uczestnika/czki