



Lubelski Związek Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

20-468 Lublin, ul. Kruczkowskiego 14

tel. 81 748 47 88, fax 81 748 47 89

www.lzlrp.pl e-mail: biuro@lzlrp.pl

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y
zamieszkała/y
PESEL:

oświadczam, że z własnej inicjatywy jako uczestnik indywidualny - osoba prywatna, a nie uczestnik instytucjonalny - jako podmiot leczniczy, zgłaszam chęć doskonalenia kwalifikacji zawodowych w zakresie zarządzania w projekcie „Profesjonalne szkolenia kadr kluczem do wzrostu efektywności działania jednostek systemu ochrony zdrowia”.

Jednocześnie, w przypadku zakwalifikowania do udziału w projekcie deklaruję uczestnictwo w tym przedsięwzięciu jako osoba prywatna i uczestnik indywidualny.

Uprzedzona/y o odpowiedzialności za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy w dokumentach zgłoszeniowych do udziału w projekcie, niniejszym oświadczam, że w/w dane są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.

.....
Miejscowość i data

.....
Czytelny podpis kandydata



Fundusze Europejskie
Wiedza Edukacja Rozwój

Unia Europejska
Europejski Fundusz Społeczny

