Załącznik nr 6
do Regulaminu Organizacyjnego Pszczyńskiego DDOM

OŚWIADCZENIE O REZYGNACJI Z UDZIAŁU W PROJEKCIE

…….....
(Imię i nazwisko)

.....
(PESEL)

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, iż rezygnuję z udziału w projekcie nr pn. „Pszczyński Dzienny Dom Opieki Medycznej" realizowanym w Szpitalu Powiatowym w Pszczynie na podstawie umowy nr UDA-RPSL.09.02.06-24-05F0/18-00 z dnia 26.09.2019r. w ramach Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020, Oś priorytetowa IX Włączenie społeczne dla działania 9.2 Dostępne i efektywne usługi społeczne i zdrowotne dla poddziałania 9.2.6 Rozwój usług zdrowotnych.
Jednocześnie informuję, iż przyczyną mojej rezygnacji z udziału w projekcie jest:

.....

.....

.....

.....

Ponadto oświadczam, iż ww. powody rezygnacji nie były mi znane w momencie rozpoczęcia udziału w projekcie oraz że zapoznałem/łam się z zasadami rezygnacji z uczestnictwa w Projekcie zawartymi w regulaminie rekrutacji i uczestnictwa.

…..... .....
Miejscowość i data CZYTELNY PODPIS