………………………………………………

*Nazwa lub pieczęć Beneficjenta*

*Nr projektu: RPDS.09.03.00-02-0002/21*

*Tytuł projektu: „Ograniczanie negatywnych skutków choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 poprzez wsparcie podmiotów leczniczych w przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa SARSCoV-2”*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PERSONELU PROJEKTU**

Dolnośląskie Centrum Medyczne DOLMED S.A. oświadcza, że do ww. Projektu nie został zaangażowany personel projektu w ramach kosztów bezpośrednich.

W związku z powyższym nie występuje obowiązek monitorowania zaangażowania personelu i limitu godzin pracy.

*……………………………………………… …………..……………………………………….*

*Data podpis i pieczęć osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Beneficjenta/Partnera*