

ÎMPUTERNICIRE

Subsemnatul(a) CNP.....
identificat cu BI/CI seria nr., împuternicesc pe
....., CNP, identificat cu
BI/CI seria nr., în calitate de, sa ma reprezinte la
Asociația AngioNET Cluster pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției
de în cadrul proiectului **SG2.22 „Servicii de
telemedicină pentru grupuri defavorizate cu afecțiuni cronice în zone izolate din NE
României”** finanțat în cadrul Schemei de granturi nr. 2 „Furnizarea de servicii de sănătate de
tip outreach în vederea îmbunătățirii prevenției pentru populația vulnerabilă din zone izolate”,
apel finanțat în cadrul Programului ”Provocări în sănătatea publică la nivel european” –
Mecanismul Financiar SEE 2014 – 2021.

Data.....

Semnatura.....

DECLARAȚIE PE PROPRIA RĂSPUNDERE

Subsemnatul(a), CNP....., act de identitate seria nr. eliberat de la data de valabil până la data de, cu domiciliul în, str., nr., bloc ap. județul

Declar către Asociația AngioNET Cluster, pe propria răspundere, conștient fiind de prevederile art. 326 din Codul penal cu privire la falsul în declarații, următoarele:

Dețin calitatea de împuternicit respectiv mandatar al numitei/numitului, pentru depunerea dosarului de selecție în vederea ocupării poziției de în cadrul proiectului **SG2.22 „Servicii de telemedicină pentru grupuri defavorizate cu afecțiuni cronice în zone izolate din NE României”** finanțat în cadrul Schemei de granturi nr. 2 „Furnizarea de servicii de sănătate de tip outreach în vederea îmbunătățirii prevenției pentru populația vulnerabilă din zone izolate”, apel finanțat în cadrul Programului “Provocări în sănătatea publică la nivel european” – Mecanismul Financiar SEE 2014 – 2021.

Data:.....

Semnătura.....