|  |
| --- |
| **FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY****Projektu do Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego "Izba Lokalnie" Okręgowej Izby Lekarskiej** **im. prof. Jana Nielubowicza** **w Warszawie** |
| **AUTOR****(IMIĘ I NAZWISKO)** |   |
| **NUMER PWZ** |   |
| **ADRES E-MAIL** |   |
| **NUMER TELEFONU** |   |
| **NAZWA PROJEKTU** |  |
| **WALOR PROJEKTU** **/ CELE** | Potrzeba szkoleniowa – TAK/NIE\* Kompetencje miękkie – TAK/NIE\* Integracja środowiska lekarskiego – TAK/NIE\* Zdrowie – TAK/NIE\* Komfort pracy – TAK/NIE\* Bezpieczeństwo pracy – TAK/NIE\* Inne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \*zaznaczyć właściwe  |
| **OPIS PROJEKTU** |   |
| **UZASADNIENIE** |  |
| **KOSZTORYS PROJEKTU** |

|  |  |
| --- | --- |
| Składowe zadania | Koszt zł (BRUTTO) |
| 1.  |   |
| 2.  |   |
| 3.  |   |
| 4.  |   |
| **Razem** |   |

 |
| **OŚWIADCZENIA AUTORA** | **Oświadczam, że zgłoszenie Projektu jest zgodne z zasadami Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego "Izba Lokalnie", projekt nie narusza praw autorskich innych osób, a wszelkie informacje zawarte w formularzu są prawdziwe. Ponadto, oświadczam, że zapoznałem/am się z Regulaminem Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego i akceptuję w całości zawarte w nim postanowienia.**  ☒ Wyrażam zgodę na wprowadzenie do systemu elektronicznego opracowanego na potrzeby przeprowadzenia Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego "Izba Lokalnie" Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie moich danych osobowych oraz na upublicznienie mojegoimienia i nazwiska w mediach OIL w Warszawie, w szczególności Facebook, Twitter, Instagram, strona internetowa, miesięcznik PULS. ☐ Wyrażam zgodę na kontakt e-mail w sprawie mojego wniosku. ☐  Oświadczam, że wszystkie informacje podane w formularzu oraz załącznikach są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym. ☐  Oświadczam, że zapoznałem/-am się z Regulaminem Lekarskiego Budżetu Partycypacyjnego i akceptuje w całości zawarte w nim postanowienia. ☐ Oświadczam, że Projekt jest mojego autorstwa i nie narusza praw autorskich ani dóbr osobistych osób trzecich oraz przyjmuję pełną odpowiedzialność za ewentualne naruszenia.  |   |
| **CZYTELNY PODPIS AUTORA I DATA** |  |   |
| **ZAŁĄCZNIKI:** | 1. Lista lekarzy popierających projekt na wstępnym etapie (co najmniej 5 osób)

UWAGA! Lista zawierać musi imię, nazwisko, numer PWZ oraz podpis danej osoby.  1. Zgoda uprawnionego podmiotu np. dyrekcja szpitala, administrator budynku itd. lub oświadczenie, iż Projekt do realizacji nie wymaga uzyskania zgody od osób trzecich.

 1. Poparcie delegata na Okręgowy Zjazd Lekarzy z właściwego regionu**.**
 |   |