Formular 5

**Angajament de participare la activităţile de formare profesională a personalului angajat pentru furnizarea serviciilor medicale în cadrul proiectului**

**„Fii responsabilă de sănătatea ta - programe regionale de prevenire, depistare precoce, diagnostic și tratament precoce al cancerului de col uterin - etapa II**

**Regiunea de dezvoltare: Nord-Vest” cod SMIS 140501**

Subsemnatul......................................................reprezentant legal al furnizorului de servicii medicale ......................................................................... , CUI/CIF....................................având sediul în localitatea........................., strada..............................................., nr...... bloc.......scara....................., etaj........ap........sector/judeţ........................., telefon..............................., email....................................................................

exprim angajamentul instituţiei privind participarea personalului la cursurile de formare profesională organizate în cadrul proiectului «Integrarea screeningului primar HPV în programul național de screening pentru cancerul de col uterin", POCU 120798

Denumire furnizor servicii medicale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nume reprezentant legal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Semnătură reprezentant legal şi ştampila unităţii furnizoare de servicii

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_