



Cofinanțat de  
Uniunea Europeană



Program Sănătate

Fondul Social European+

Autoritatea de Management pentru Program Sănătate

**Prioritate:** P1.Creșterea calității serviciilor de asistență medicală primară, comunitară, a serviciilor oferite în regim ambulatoriu și îmbunătățirea și consolidarea serviciilor preventive

**Obiectiv specific:** ESO4.11

**Titlu proiect:** COLONPREV – Prevenția cancerului colorectal prin screeningul populațiilor vulnerabile

**COD SMIS:** 349890

**Contract de finanțare nr.:** 9388/26.01.2026

Anexa nr. 3

## Declarație de eligibilitate

Subsemnatul, \_\_\_\_\_, reprezentant legal al \_\_\_\_\_ (SRL, CMI, CMG etc), identificată prin cod fiscal nr. \_\_\_\_\_, declar pe propria răspundere, sub sancțiunea excluderii din procedura de afiliere și a sancțiunilor aplicate faptei de fals în declarații că:

- Societatea/ Cabinetul se află în contract cu Casa de Asigurări de Sănătate și îndeplinește toate condițiile legale de organizare și funcționare;
- Cabinetul are sediul în regiunea Nord -Est;
- Am beneficiat de formare, în contextul proiectului "ROCCAS I - Dezvoltarea și implementarea la nivel național a cadrului organizatoric necesar inițierii screeningului în cancer colorectal", SMIS: 128106 SAU ROCCAS 3: Consolidarea capacității sistemului de sănătate pentru implementarea sustenabilă a programului național organizat de screening în cancerul colorectal, cod SMIS 319263.

### SAU

Nu am avut posibilitatea de a participa la programele de formare din cadrul proiectelor menționate mai sus, însă îmi asum angajamentul de a participa la cursurile organizate în cadrul proiectului ROCCAS 3, ulterior instruirii privind protocolul de testare și raportare.

**NOTĂ!** Dacă medicul care va presta serviciile este un medic angajat (nu este aceeași persoană care semnează prezenta declarație de eligibilitate), această declarație va fi însoțită de o declarație pe propria răspundere a medicului angajat prin care se certifică participarea/ angajamentul de a participa la cursurile de formare.

Denumire societate/ cabinet \_\_\_\_\_

Nume reprezentant legal (administrator/ medic titular) \_\_\_\_\_

Semnătura \_\_\_\_\_