Broj i naziv PDP-a: **SF.4.4.11.04, Specijalističko usavršavanje privatnih zdravstvenih radnika (doktora medicine) u Mreži javne zdravstvene službe**

Referentna oznaka projekta i naziv projekta: …………………………………………………

Prijavitelj (naziv, adresa i OIB ): ……………………………………………………………………..

**IZJAVA PRIJAVITELJA**

**o odricanju od prava na žalbu**

Ja, ­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(*ime i prezime osobe ovlaštene za zastupanje prijavitelja*)

dolje potpisani, kao prijavitelj/osoba ovlaštena za zastupanje prijavitelja (u slučaju kada izjavu potpisuje osoba ovlaštena za zastupanje prijavitelja potrebno je navesti podatke o prijavitelju: ime i prezime/naziv prijavitelja, OIB te njegovu adresu/sjedište), odričem se prava na žalbu protiv obavijesti (navesti nadležno tijelo) o statusu projektnog prijedloga, KLASA: (navesti KLASU), URBROJ: (navesti URBROJ), od (navesti datum obavijesti), odnosno na rezultate faze postupka dodjele (navesti naziv faze) u okviru Poziva na dodjelu bespovratnih sredstava.

(*Upisati referentnu oznaku Poziva i naziv projekta*)

Potpisom ove Izjave potvrđujem da sam upoznat sa sadržajem predmetne obavijesti, da sam u potpunosti razumio razloge zbog kojih se odričem od prava na žalbu te da se odricanje od prava na žalbu ne može opozvati.

Pod kaznenom i materijalnom odgovornošću potvrđujem da sam kao prijavitelj/ovlaštena osoba za zastupanje prijavitelja (zaokružiti) svjestan da će se u slučaju lažne izjave ili lažnih podataka primijeniti za to propisane kazne i sankcije.

Ova izjava daje se u svrhu donošenja Odluke o financiranju gore navedenog projekta i ne može se koristiti u druge svrhe.

Potpis:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_