

Tytuł projektu: „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”
Załącznik nr 3 do Regulaminu Rekrutacji

Formularz rezygnacji z udziału w projekcie

TYTUŁ PROJEKTU	„Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”
NAZWA REALIZATORA PROJEKTU	WOJEWÓDZTWO OPOLSKIE
NAZWA PROGRAMU OPERACYJNEGO	Regionalny Program Operacyjny Województwa Opolskiego na lata 2014 – 2020 (RPO WO 2014 - 2020)
NR I NAZWA OSI PRIORYTETOWEJ	Oś Priorytetowa VIII Integracja Społeczna
NR I NAZWA DZIAŁANIA	Działanie 8.1 – Dostęp do wysokiej jakości usług zdrowotnych i społecznych

Imię:											
Nazwisko:											
PESEL:											
Ulica:					Nr domu:			Nr lokalu:			
Miejscowość:					Kod pocztowy:						

Rezygnuję z udziału w Projekcie pn. „Opolskie wspiera szpitale w walce z COVID-19”

Przyczyny:

.....

.....

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis Uczestnika