

# POZIV NA DOSTAVU PROJEKTNIH PRIJEDLOGA

# „Regionalna diversifikacija i specijalizacija hrvatskog turizma kroz ulaganja u razvoj turističkih proizvoda visoke dodane vrijednosti“

**(Referentni broj: C1.6 – R1-I1)**

**OBRAZAC 10.**

**IZJAVA PRIJAVITELJA/PARTNERA ZA PROJEKTE ZDRAVSTVENIH USTANOVA**

|  |  |
| --- | --- |
| Naziv projektnog prijedloga: |  |
| Prijavitelj: |  |
| Partner: |  |

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

< *umetnuti ime i prezime, adresu, OIB* >

kao osoba ovlaštena za zastupanje prijavitelja/partnera, pod **materijalnom i kaznenom odgovornošću** izjavljujem:

da projektni prijedlog zdravstvenih ustanova koje pružaju usluge u zdravstvenom turizmu, koji sadrži ulaganja u ugostiteljski objekt za smještaj, \_\_\_\_\_*naziv projektnog prijedloga*\_\_, predanog u sklopu Poziva na dostavu projektnih prijedloga *„Regionalna diversifikacija i specijalizacija hrvatskog turizma kroz ulaganja u razvoj turističkih proizvoda visoke dodane vrijednosti“* (referentni broj: C1.6-R1-I1) **ima** obavezni sadržaj ugostiteljskog objekta za smještaj u korisnoj površini objekta veći od 50% u odnosu na neobavezni sadržaj ugostiteljskog objekta za smještaj koji se odnosi na pružanje zdravstvenih usluga, sukladno Pravilniku o razvrstavanju, kategorizaciji i posebnim standardima ugostiteljskih objekata iz skupine Hoteli (NN 56/16, 120/19).

Potvrđujem da su navedeni podaci u ovoj Izjavi istiniti te istu ovjeravam pečatom i svojim vlastoručnim potpisom.

U\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dana\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ godine.

Ime i prezime:

Funkcija:

Potpis i pečat: