**ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΕΝΤΥΠΟ 1**

**E.Λ.Κ.Ε.Α. 6ης  Υ.ΠΕ. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ**

Αριθμ. Δ3(α) οικ. 36809 ΚΥΑ Υπουργών Οικονομίας και Ανάπτυξης , Υγείας (ΦΕΚ 2015 Τευχ.Β /03-06-2019)

**ΑΠΟΔΟΧΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΕΡΓΟΥ**

Στοιχεία Επιστημονικά Υπεύθυνου

|  |  |
| --- | --- |
| Ονοματεπώνυμο: |  |
| Ιδιότητα: |  |
| Τμήμα: |  |
| Εργαστήριο: |  |
| Τομέας/Νοσοκομείο: |  |
| Τηλ. & Φαξ: |  |
| e-mail: |  |

**Προς την Επιτροπή Ε.Λ.Κ.Ε.Α. της 6ης Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας**

Παρακαλώ να αποδεχτείτε τη διαχείριση του έργου

|  |  |
| --- | --- |
| **Τίτλος (στα ελληνικά):** | |
| **Τίτλος (στα αγγλικά):** | |
| **Φορέας/είς Χρηματοδότησης:** | |
| **Συνολικός Προϋπολογισμός:(** Στόχος αριθμού Ασθενών  ΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ Χ Πληρωμή ανά ασθενή) | **Διάρκεια (σε μήνες):** |
| **Ημερομηνία Έναρξης:** | **Ημερομηνία λήξης:** |

...........................\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Ο Διευθυντής του Τμήματος**

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή

Σφραγίδα

**Ο Επιστημονικά υπέυθυνος**

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

Υπογραφή