**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 ΑσθενώνΑΣΦΑΛΙΣΤΗΡΙΩΝ Χ Πληρωμή ανά ασθενή)  | **Διάρκεια (σε μήνες):**  |
| **Ημερομηνία Έναρξης:** | **Ημερομηνία λήξης:** |

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

**Ο Διευθυντής του Τμήματος**

Ονοματεπώνυμο και Υπογραφή

Σφραγίδα

 **Ο Επιστημονικά υπέυθυνος**

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

 Υπογραφή