**PRISTOPNA IZJAVA V SRIP ZDRAVJE – MEDICINA**

|  |  |
| --- | --- |
| Poslovni subjekt: |   |
| Naslov sedeža:  |   |
| Matična številka: |   |
| Davčna številka:  |   |
| Zakoniti zastopnik (direktor):  |   |
| Kontaktna oseba: |   |
| Telefon kontaktne osebe: |   |
| E-naslov kontaktne osebe:  |   |

S podpisom te pristopne izjave izjavljamo, da pristopamo v Strateško razvojno – inovacijsko partnerstvo Zdravje – medicina (krajše: SRIP Zdravje – medicina).

S podpisom prevzemamo vse pravice in obveznosti članstva. S podpisom te izjave se obvezujemo sodelovati v SRIP Zdravje – medicina v skladu s pogoji javnega razpisa in že sprejetim Temeljnim aktom in sklepi v SRIP Zdravje – medicina.

Podatke v izjavi lahko SRIP Zdravje – medicina uporablja pri opravljanju svojih nalog v skladu z zakonom in pravili SRIP Zdravje – medicina.

Datum: Podpis odgovorne osebe in žig:

Podpisano pristopno izjavo posredujete na SIS EGIZ, Večna pot 113, 1000 Ljubljana.