**pilotní auditY CENTER DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ zaměřenÉ na hodnocení kvality poskytovaných služeb**

**Příloha 1: Závazné prohlášení o zájmu absolvovat audit (VZOR)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Název CDZ** |  |
| **Zřizovatel 1** |  |
| Právní forma |  |
| Sídlo |  |
| IČO |  |
| Statutární orgán |  |
| **Zřizovatel 2** |  |
| Právní forma |  |
| Sídlo |  |
| IČO |  |
| Statutární orgán |  |
| **Bankovní spojení** |  |
| **Vedoucí pracovník CDZ** |  |
| **Vedoucí pracovník CDZ** |  |
| **Pověřená osoba zmocněná k dalšímu jednání** |  |
| **Počet osob, kterým CDZ poskytuje služby** |  |

Závazně prohlašuji, že výše uvedené Centrum duševního zdraví má zájem absolvovat pilotní audit kvality realizovaný v rámci projektu Rozvoj a podpora modelů kvality pro systém sociálních služeb (CZ.03.2.63/0.0/0.0/15\_017/0006219) a specifikovaný v nabídce a manuálu pro žadatele k pilotním auditům Center duševního zdraví zaměřeným na hodnocení kvality poskytovaných služeb.

V \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dne\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Statutární zástupce

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

Statutární zástupce