

OŚWIADCZENIE O GOTOWOŚCI DO WSPÓŁPRACY W RAMACH REALIZACJI ZADANIA BUDŻETU OBYWATELSKIEGO	
1. NAZWA INSTYTUCJI	
Szpital Specjalistyczny im. 5-lecia ul. 5-lecia	
2. TYTUŁ I NUMER PROJEKTU, KTÓREGO DOTYCZY OŚWIADCZENIE WRAZ Z OPISEM SPOSOBU REALIZACJI KLAUZULI DOSTĘPNOŚCI	
Tytuł projektu	ZDROWA I MERYTURA
Numer projektu *	
Opis sposobu realizacji klauzuli dostępności	Sąd i cały obiekt jest dostosowany do potrzeb osób starszych i z niepełnosprawnościami. Wprowadzamy: windy, windy, windy i windy.
* Wypełnia Zespół ds. Budżetu Obywatelskiego Miasta Krakowa	
3. OPINIA ZARZĄDZAJĄCEGO INSTYTUCJĄ (zaznaczyć właściwe)	
Pozytywna	☒
Negatywna	☐
Uzasadnienie	Projekt zgodny z misją szpitala. Planujemy tylko realizację robót w szpitalu popołudniowych i nie ma
4. SPOŚÓB REALIZACJI KRYTERIUM OGÓLNODOSTĘPNOŚCI (zaznaczyć właściwe)	
Tak	☒
Nie	☐
Uzasadnienie	Planujemy do realizacji szpitala - szpital planować nie ma. Wprowadzamy - nie ma