# Załącznik nr 4 do otwartego konkursu ofert z 1 grudnia 2023 roku na wybór realizatora/ realizatorów programu polityki zdrowotnej pod nazwą „Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców Wrocławia”

# Miejsce na dane oferenta lub pieczęć firmową

OŚWIADCZENIE

Oświadczenie osoby/osób\* uprawnionej/ uprawnionych\* do reprezentowania podmiotu składającego ofertę:

1. Oświadczam, że nie byłam/ byłem karany i nie orzeczono wobec mnie zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
2. Oświadczam, że przyznana w konkursie ofert kwota zadania publicznego przeznaczona zostanie na realizację Programu zgodnie z ofertą i że w tym zakresie Program nie będzie finansowane z innych źródeł.

Jestem/ jesteśmy\* świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

Czytelny podpis osoby/osób\* upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu oraz pieczęć podmiotu

\* niepotrzebne skreślić