***Załącznik nr 4*** *do otwartego konkursu ofert z 23.12.2019 r. na wybór realizatora/realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: ”Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Wrocławia”.*

###### 

|  |
| --- |
|  |

*Dane oferenta lub pieczęć firmowa*

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 kwota otrzymanej dotacji 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*