**Załącznik nr 3** do otwartego konkursu ofert z dnia 12 stycznia 2021 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”

###### 

Wrocław, dnia ............................ r.

OŚWIADCZENIE

Niżej podpisane osoby, posiadające prawo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, oświadczają, że

........................................................................................................................................

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

z siedzibą: .........................................................................................................................

1. 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. kwota otrzymanej dotacji przeznaczona zostanie na realizację programu zgodnie z ofertą   
   i że w tym zakresie program nie będzie finansowany 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*