

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

- świadczenia zdrowotne wykonywane w ramach programu zdrowotnego pn.:

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

będą finansowane jedynie przez Miasto Ustroń i nie będą przedstawiane w rozliczeniach
z innymi podmiotami,

- załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień złożenia oferty.

.....
(data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu)