W**zór nr 2**

**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)