

Załącznik Nr 4
do formularza oferty na realizację
programu polityki zdrowotnej

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia , oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ
Bogdan Fawłowski