**Załącznik nr 5**

Nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Adres ……………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

Tel. …………………………………………………… e-mail …………………………………………………………

**OŚWIADCZENIE**

Zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 11 września 2015 r. o zdrowiu publicznym (Dz.U. z 2018r. poz. 1492) oświadczam, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

**Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia**.

Data: ………………………………………………

Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę:

………………………………………………