**Załącznik nr 4**

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 2024r. poz. 1670 z późn. zm. ) oświadczam, że podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki,   
i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

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

Data: ………………………………………………

Czytelny podpis osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu składającego ofertę:

………………………………………………