

Wzór

.....
(imię i nazwisko członka komisji konkursowej)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż **nie jestem*** osobą związaną z podmiotem/ami uczestniczącymi w postępowaniu o wybór realizatora „Programu polityki zdrowotnej w zakresie szczepień ochronnych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu dla mieszkańców powiatu oleckiego na lata 2018 – 2022”, w tym szczepień profilaktycznych przeciw kleszczowemu zapaleniu mózgu – dla **255 osób**, tj. rolników i osób zamieszkujących gospodarstwa rolne – ubezpieczonych w KRUS, z terenu powiatu oleckiego (z Gminy: Olecko, Kowale Oleckie, Świętajno).

.....
(nazwa podmiotu)

.....
(nazwa podmiotu)

.....
(nazwa podmiotu)

Olecko, dn.

.....
(podpis członka komisji konkursowej)

*niepotrzebne skreślić