Załącznik Nr 2 do Ogłoszenia konkursu ofert   
na powierzenie w roku 2025 realizacji zadań   
z zakresu zdrowia publicznego pod nazwą „Marszałkowskie Dni Dla Zdrowia   
w Województwie Opolskim”

**O ś w i a d c z e n i e\***

**Oświadczam**, że w stosunku do ……………….…………………………………………………..…………………….  
 (nazwa Oferenta)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(adres Oferenta)

nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych.

**Oświadczam**, że nie byłem/am karany/a zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe.

**Oświadczam**, że ……………………………….…………………………………………………………………………………….  
 (nazwa Oferenta)

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

(adres Oferenta)

jest jedynym posiadaczem rachunku bankowego o numerze: ………………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….. na który zostaną przekazane środki na realizację zadania i zobowiązuję się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym.

**Oświadczam**, że otrzymana kwota środków finansowych przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

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

………..……………………………………………………………………………………………………………………………  (pieczątka imienna i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta)

Miejscowość ……………………………………….., dnia…………………………………………..

\*w przypadku reprezentowania Oferenta przez więcej niż jedną osobę, każda z osób składa odrębne oświadczenie.