

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”

Oświadczenie*

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.

.....

(pieczętka 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.