

# Załącznik nr 1

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

# OŚWIADCZENIE

w sprawie udziału w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej **„Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Poznania w latach 2021-2024”.**

Imię i nazwisko: …………………………………………………………..

1. Niniejszym oświadczam, że nie pozostaję w związku małżeńskim albo stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia i nie jestem związana/y z tytułu przysposobienia, opieki
lub kurateli z oferentami ubiegającymi się o realizację ww. programu.

2. Nie pozostaję w takim stosunku prawnym lub faktycznym z oferentami, że może to budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

Poznań, ……………………………….. ...............................................................

*(data) (podpis)*