

# Załącznik nr 1

# do Regulaminu pracy

# komisji konkursowej

# OŚWIADCZENIE

w sprawie udziału w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.**„Profilaktyka stomatologiczna dla dzieci w wieku 7-11 lat, zamieszkałych w Poznaniu, na lata 2021-2023”.**

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

1. 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(-ny) 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, który może budzić uzasadnione wątpliwości co do mojej bezstronności.

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

*(data) (podpis)*