

.....
(nazwa podmiotu)

.....
(miejsowość, data)

OŚWIADCZENIE PODMIOTU LECZNICZEGO

Ja

Reprezentujący podmiot

.....

.....

(nazwa i adres wnioskodawcy)

Oświadczam, że:

- podmiot **wykonuje / nie wykonuje** usługi medyczne finansowane ze środków publicznych (NFZ) na rzecz obywateli objętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym.
- wnioskowane wsparcie (zatrudnienie w ramach prac interwencyjnych) odnosi się wyłącznie do działalności **komercyjnej / niekomercyjnej** podmiotu, tj. finansowanej ze środków publicznych (NFZ).
- (wstawić znak X w przypadku pozytywnej odpowiedzi)

Wiarygodność powyższego oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem – pod rygorem odpowiedzialności karanej wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego (Dz. U. z 2025 r. poz. 383 ze zm.) za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis wnioskodawcy lub osoby uprawnionej do reprezentowania wnioskodawcy)