**OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY NIEPOSIADAJĄCEGO UMOWY Z NFZ**

**Nazwa wnioskodawcy:** ……………………………………………………………………..

**Tytuł projektu:** ………………………………………………………………………………..

**Nr naboru:** …………………………………………………………………………………….

W związku z ubieganiem się o przyznanie dofinansowania na realizację ww. projektu oświadczam, iż

* w przypadku poszerzenia działalności podmiotu wykonującego działalność leczniczą, zobowiązuję się do posiadania umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych, najpóźniej w kolejnym okresie kontraktowania świadczeń po zakończeniu realizacji projektu,   
  a w przypadku jego braku ze środków własnych lub poprzez ich kontraktacje   
  w drodze umowy podpisanej z innym podmiotem posiadającym w danym okresie kontrakt z NFZ.
* zobowiązuję się do wykorzystywania dofinansowanej infrastruktury/zakupionego sprzętu do świadczenia usług z zakresu opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych – w ramach posiadanej umowy z NFZ lub ze środków własnych.

**Jestem świadomy/świadoma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych oświadczeń.**

Elektroniczny podpis kwalifikowany osoby/osób uprawnionej/ych lub upoważnionej/ych do składania oświadczeń:

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