………………………………….

*(pieczęć oferenta)*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wyłonienie realizatora **Gminnego Programu Poprawy Zdrowia w Zakresie Rehabilitacji Leczniczej na 2020 rok.**

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

*(miejscowość, data) (pieczęć, podpis oferenta lub osoby upoważnionej)*