Załącznik nr 14 do Porozumienia o dofinansowanie

Warszawa, …….…….

Adres: …………..  
REGON: …..  
NIP: ……

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że publiczne podmioty lecznicze korzystające z produktów wytworzonych w ramach Projektu nr….. (należy wskazać nr wniosku o dofinansowanie) będą wykorzystywały produkt/produkty projektu wyłącznie do świadczenia usług w ramach publicznego systemu ochrony zdrowia.

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

*/podpisano elektronicznie/*