**Załącznik nr 5** do Ogłoszenia o konkursie ofert na wybór Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: „ *Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022 - 2026”.*

………………….., dnia……………….

…………………………….

…………………………….

…………………………….

(pełna nazwa i adres Oferenta)

**Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej**

Działając w imieniu ……………………………………..………………………., w związku   
z ofertą składaną w konkursie ofert na realizację Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pn.: *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026”* w zakresie zadania: ………………………………………………………………………………………… oświadczam, że zapoznałem się z treścią Rządowego Programu Polityki Zdrowotnej pod nazwą *„Leczenie antyretrowirusowe osób żyjących z wirusem HIV w Polsce na lata 2022-2026”*

.………………………….

Pieczęć imienna i podpis osoby uprawnionej   
 do reprezentowania Oferenta