**Załącznik nr 6**

…………………………

 *Pieczęć oferenta*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że w przypadku wyłonienia podmiotu leczniczego, który reprezentuję, na realizatora zadania pn. „Doposażenie zakładów medycyny nuklearnej” w 2018 r. w ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych, zakupiony sprzęt nie będzie stanowił przedmiotu dofinansowania w ramach środków europejskich.

................................. ..................................................................................

 Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

 do reprezentowania oferenta