Załącznik Nr 3 do umowy

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w „Programie polityki zdrowotnej dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego w zakresie wsparcia diagnostyki i leczenia niepłodności   
z wyłączeniem metod medycznie wspomaganej reprodukcji” przyjętego do realizacji w 2023 roku Uchwałą Nr 3/13/23/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia   
17 stycznia 2023 r.

my, niżej podpisani –

…………………………………………………………………………………………………………  
(kobieta – imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………………………………………………………  
(mężczyzna – imię i nazwisko)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PESEL |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

oświadczamy, że:

* Pozostajemy w związku małżeńskim/ partnerskim,
* Jesteśmy mieszkańcami województwa warmińsko-mazurskiego
* Ostatnie rozliczone zeznanie podatkowe złożyliśmy urzędzie skarbowym właściwym dla miejsca zamieszkania na terenie województwa warmińsko-mazurskiego [[1]](#footnote-1),
* Bezskutecznie staramy się o poczęcie dziecka przez okres 12 miesięcy/ 6 miesięcy/ chcemy wziąć udział w Programie bezpośrednio po podjęciu planów rozrodczych [[2]](#footnote-2).

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….. (miejscowość, data) | …………………………………………………….  (podpis – kobieta)  …………………………………………………….. (podpis – mężczyzna) |

1. Załączyć kserokopię pierwszej strony ostatniego zeznania PIT, kopię innego dokumentu potwierdzającego zamieszkanie na terenie województwa warmińsko-mazurskiego, oświadczenie   
   o zwolnieniu z podatków z podaniem podstawy prawnej lub inny dokument. [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)