Załącznik Nr 3 do umowy

OŚWIADCZENIE

Przystępując do udziału w „Programie polityki zdrowotnej w zakresie leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców województwa warmińsko-mazurskiego na 2021 rok aktualizacja na 2022 rok” przyjętego do realizacji Uchwałą Nr 7/68/22/VI Zarządu Województwa Warmińsko-Mazurskiego z dnia 9 lutego 2022 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),
* Poddaliśmy się wcześniejszemu leczeniu niższego rzędu, które zakończyło się niepowodzeniem/posiadamy bezpośrednie wskazanie do zapłodnienia pozaustrojowego[[2]](#footnote-2).

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

1. Proszę załączyć kserokopię pierwszej strony ostatnio rozliczonego zeznania PIT [↑](#footnote-ref-1)
2. Niewłaściwe skreślić [↑](#footnote-ref-2)