**Załącznik nr 3 – OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WSPÓŁFINANSOWANIA ZADANIA ZE ŚRODKÓW NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA[[1]](#footnote-1)**

W związku z ubieganiem się o dofinansowanie realizacji zadania ze środków Funduszu Rozwiązywania Problemów Hazardowych **w ramach Programu V Ministra Zdrowia** wnioskodawca:

……………………………………………………………………………………………………………………………

(pełna nazwa i adres Wnioskodawcy)

oświadcza, że:

* posiada / nie posiada[[2]](#footnote-2) kontrakt/u z Narodowym Funduszem Zdrowia;
* w ramach wnioskowanego zadania koszty następujących działań będą pokrywane ze środków NFZ:

1. ………………………………. - ……………..zł.
2. ……………………………….- ………………zł.
3. ……………………………….- ………………zł.

…………………………….. ………………………………………

Pieczęć wnioskodawcy Podpis osoby /osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli

w imieniu wnioskodawcy

1. Dotyczy Wnioskodawców składających wniosek na realizację Programu V Ministra Zdrowia [↑](#footnote-ref-1)
2. Właściwe zaznaczyć [↑](#footnote-ref-2)