

Załącznik Nr 4 do uchwały Nr 189/47/25
Zarządu Powiatu Pszczyńskiego
z dnia 11 lutego 2025 r.

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko członka Komisji Konkursowej:

Oświadczam, że:

1. mój udział w pracach Komisji Konkursowej opiniującej oferty w konkursie ofert na realizację zadań z zakresu zdrowia publicznego na rzecz mieszkańców Powiatu Pszczyńskiego w 2025 roku nie powoduje konfliktu moich interesów w stosunku do interesów Oferentów uczestniczących w konkursie ofert;
2. nie podlegam wyłączeniu określonemu w art. 24 ustawy z dnia 14 czerwca 1960 r. Kodeks postępowania administracyjnego (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 572).

(data i podpis członka Komisji Konkursowej)