**Załącznik nr 3**

**do umowy nr CRU:22/0002271**

**OŚWIADCZENIE Pary**

że przystępuję do udziału w programie polityki zdrowotnej pn. Wsparcie par, a w szczególności mężczyzn wymagających wysokospecjalistycznej opieki oraz diagnostyki immunologicznej i genetycznej niepłodności wraz ze wsparciem inseminacji dla mieszkańców miasta Szczecina na lata 2022-2026.

**Dane osobowe pary:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| dzień | miesiąc | rok |  Nadany przez Wykonawcę nr ewidencyjny |
| ……… | ……….. | ………. |  ……………………………………………..…/**K** |

1.kobieta: data urodzenia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| dzień | miesiąc | rok |  Nadany przez Wykonawcę nr ewidencyjny |
| ………. | ……….. | ………. |  …………………………………….…………/**M** |

2.mężczyzna: data urodzenia

**My niżej podpisani oświadczamy, że:**

1.Pozostajemy w związku małżeńskim/partnerskim.

2.Jesteśmy mieszkańcami Szczecina.

3.Złożyliśmy deklarację PIT w Urzęzie Skarbowym w Szczecinie za rok poprzedzający zgłoszenie do
 Programu potwierdzające adres zamieszkania w Szczecinie.

4.W przypadku skorzystania z finansowania w ramach programu nienależnie zobowiązujemy
 się do zwrotu kosztów dofinansowania poniesionych przez Gminę Miasto Szczecin na rzecz
 Wykonawcy Programu.

5.Deklarujemy udział w Programie realizowanym przez..........................................................................

 (pełna nazwa i adres podmiotu leczniczego Wykonawcy Programu)

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

 (miejscowość, data) (czytelny podpis *-kobieta* )

 ................................................................. ...............................................................
 (miejscowość, data) (*czytelny podpis -mężczyzna*)