

………………………………………………

………………………………………………

*Nazwa lub pieczęć Beneficjenta/Partnera*

*Nr projektu: RPDS.09.03.00-02-0002/21*

*Tytuł projektu: „Ograniczanie negatywnych skutków choroby zakaźnej COVID-19 wywołanej wirusem SARS-CoV-2 poprzez wsparcie podmiotów leczniczych w przeciwdziałaniu rozprzestrzeniania się wirusa SARSCoV-2”*

***O Ś W I A D C Z E N I E***

…………………………………………..(nazwa Beneficjenta/Partnera) oświadcza, że w projekcie nie występuje podwójne dofinansowanie wydatków, o których mowa w sekcji 6.7 *Wytycznych w zakresie kwalifikowalności wydatków w ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Regionalnego, Europejskiego Funduszu Społecznego oraz Funduszu Spójności na lata 2014-2020* w tym w szczególności dotyczących:

- zakupienia środka trwałego z udziałem środków unijnych lub/oraz dotacji z krajowych środków publicznych, a następnie rozliczenia kosztów amortyzacji tego środka trwałego w ramach tego samego projektu lub innych współfinansowanych ze środków UE*.*

*……………………………………………… …………..……………………………………….*

*Data podpis i pieczęć osoby upoważnionej*

*do reprezentowania Beneficjenta/Partnera*