**ČESTNÉ PROHLÁŠENÍ ŽADATELE**

Já, níže podepsaný/á, zastupující ……*název poskytovatele zdravotních služeb......, ……adresa*……, ……*IČO*…… tímto prohlašuji, že souladu s čl. 2 odst. 14 Statutu Komise pro posuzování rozmístění přístrojových zdravotnických prostředků a kapacit hrazených z veřejného zdravotního pojištění předložím této komisi informaci o konečné pořizovací ceně za zakoupené přístrojové vybavení, tj. ………*název přístrojového vybavení, o které je žádáno*…………….

Současně beru na vědomí a souhlasím s tím, že neučiním-li tak, bude tato skutečnost oznámena zdravotním pojišťovnám.

V ………... dne ………………

­­­­­­­­­­Podpis: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Jméno statutárního orgánu*

*Funkce* *statutárního orgánu*