



SZPITAL POWIATOWY IM. JANA PAWŁA II  
ul. Wyszyńskiego 11, 11-200 Bartoszyce, POLSKA  
Telefon: (89) 764 30 17, Faks: (89) 764 29 58  
e-mail: [sekretariat@szpital-bartoszyce.pl](mailto:sekretariat@szpital-bartoszyce.pl)  
strona WWW: <http://www.szpital-bartoszyce.pl/>  
„Żadne prawdziwe wołanie o pomoc nie pozostanie bez odpowiedzi”

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że udział Zespołu Ratownictwa Medycznego w składzie:

1. ....
2. ....
3. ....

w XVI Regionalnych Mistrzostwach Warmii i Mazur Bartoszyce 09-11.05.2018 jest finansowany ze środków publicznych:

a) w całości, zgodnie z treścią art. 43 ust.1 pkt 29 lit.c ustawy z dnia 11.03.2004 r. o podatku od towarów i usług (Dz.U.2017 poz. 1221)

lub

b) w co najmniej 70%, zgodnie z treścią § 13 ust.1 pkt 20 rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 04.04.2011 r. w sprawie wykonania niektórych przepisów ustawy o podatku od towarów i usług (Dz.U.2017 poz. 1221)

*prosimy zaznaczyć właściwą opcję a) lub b)*

.....  
Miejscowość i data

.....  
podpis osoby upoważnionej do składania oświadczenia

.....  
podpis jednostki zgłaszającej