

Priloga: Izjava

Spodaj podpisani ..... kot odgovorna oseba izvajalca zdravstvene dejavnosti

IME IN PRIIMEK

..... izjavljam, da izvajalec zdravstvene dejavnosti za izvajanje

NAZIV IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

zdravstvene dejavnosti ni oziroma ne bo prejel sredstev na podlagi 94. člena ZIUZEOP. Izvajalec prav tako ni prejel sredstev iz naslova ukrepov na področju plač in nadomestil plač v skladu z ZIUZEOP, ki vejajo za dejavnost gospodarstva.

Datum:

Podpis odgovorne osebe:

---