

*Staður og dags.*

Með yfirlýsingu þessari staðfestir undirritaður/undirrituð að upplýsingar varðandi stöðu lífeyrisskuldbindinga heiti og kt. hjúkrunarheimilis/hjúkrunarheimila sem rekið er á ábyrgð heiti sveitarfélags, eru settar fram samkvæmt bestu vitund og vitneskju og í samræmi við fyrirliggjandi gögn.

Jafnframt staðfestir undirritaður/undirrituð að um fullnaðaruppgjör á milli fjármála- og efnahagsráðuneytisins og sveitarfélagsins vegna lífeyrisskuldbindinga hjúkrunarheimila er að ræða.

F.h. sveitarfélags

---