OŚWIADCZENIA OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i Zarządzenia
Nr 354/2018 Burmistrza Gminy Choroszcz z dnia 02.08.2018 r. w sprawie ogłoszenia otwartego konkursu ofert na wybór realizatora świadczenia zdrowotnego w roku 2018 z zakresu profilaktyki zdrowotnej określonej w programie polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+" wraz z załącznikami do ww. Zarządzenia.

2. Oświadczam, że .....
(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Oferenta)

realizuje świadczenia zdrowotne w rodzaju Podstawowej Opieki Zdrowotnej na podstawie umowy nr ..... z dnia ..... z Podlaskim Oddziałem Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

3. Oświadczam, że program polityki zdrowotnej „GRYPOODPORNI 65+" w 2018 r. będzie realizowany na terenie gminy Choroszcz w pomieszczeniach …….....

.....
(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą - Oferenta)

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., poz. 739).

……..……., dn. ..... …….....

Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/upoważnionych do reprezentowania Oferenta