

## 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 „GRYPOODPORNİ 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 „GRYPOODPORNİ 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 pieczęć osoby/osób  
upoważnionej/upoważnionych  
do reprezentowania Oferenta*