

.....

*Pieczętka firmowa oferenta*

### **Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi warunkami konkursu na realizację w roku 2018 programu zdrowotnego pn. „Programu profilaktycznych szczepień przeciw grypie dla mieszkańców gminy Nowy Duninów w latach 2018-2020”

2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą realizowane w pomieszczeniach

.....,

(nazwa podmiotu leczniczego - 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. 2012 , poz.739).

3. Oświadczam, pod groźbą odpowiedzialności karnej, że dane zawarte w ofercie są prawdziwe.

Miejscowość, dn. ....

.....

*Podpis i pieczętka osoby/osób  
upoważnionej/upoważnionych do  
reprezentacji*