Pieczątka oferenta

**OŚWIADCZENIA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu.
2. Oświadczam, że realizacja świadczeń zdrowotnych będzie wykonywana w pomieszczeniach spełniających określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne.
3. Oświadczam, że posiadam umowę z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia podstawowej opieki zdrowotnej.

Termin obowiązywania aktualnej mowy ………………………………………………………………….….

1. Oświadczam, że do realizacji programu będą zatrudniani pracownicy posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe.
2. Oświadczam, że wszystkie dane/informacje zawarte w ofercie są aktualne i zgodne z prawdą.

Stalowa Wola, dnia ……………………………… ………………………………………………………

 Podpis i pieczątka osoby/osób

upoważnionej/upoważnionych

do reprezentacji