Załącznik Nr 4 do Zarządzenia Nr SO.0050.1.133.2019   
Burmistrza Ropczyc   
z dnia 3 czerwca 2019 r.

**Oświadczenie oferenta**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią Uchwały Nr LIV/529/18 Rady Miejskiej w Ropczycach z dnia 22 czerwca 2018 r. w sprawie przyjęcia do realizacji wieloletniego programu pod nazwą „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej 65. roku życia na lata 2018-2021” wraz z jej załącznikiem;
2. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i regulaminem organizowania konkursu ofert, które stanowią załącznik nr 1 i nr 2 do Zarządzenia Nr SO.0050.1.133.2019 Burmistrza Ropczyc z dnia 3 czerwca 2019 r.;
3. jako ……………………………………………………………………………………...

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą – oferenta) realizuję świadczenia zdrowotne w zakresie POZ na podstawie umowy nr …………………………………z dnia ………………………………………………… zawartej z Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia;

1. Oświadczam, ze kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń, wymienione w cz. III formularza ofertowego, są zgodne ze stanem faktycznym podanym w części III formularza i gwarantują prawidłową i zgodną z obowiązującymi przepisami prawa realizację programu szczepień ochronnych przeciwko grypie wśród populacji osób objętej programem od 65 roku życia,
2. Oświadczam, że „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Ropczyce powyżej 65. roku życia na lata 2018-2021”, będzie realizowany w pomieszczeniach

…………………………………………………………………………………………………,  
(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą – oferenta i dokładny adres

które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz.U. poz. 595).

*………………………………………………………..*

*Pieczęć nagłówkowa*

*podmiotu wykonującego działalność leczniczą*

*(oferenta)*

*……………………………………… …………………………………………………………..*

*Miejscowość i data Podpis i pieczęć*

*osoby uprawnionej do reprezentowania*

*podmiotu wykonującego działalność leczniczą  
 (oferenta)*