

Oświadczenia

1. Oświadczam, że zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert.

2. Oświadczam, że „Program polityki zdrowotnej w przedmiocie opieki paliatywnej i hospicyjnej dla dzieci i młodzieży oraz dla osób dorosłych w stanach terminalnych choroby” będzie realizowany w:

.....
(nazwa podmiotu leczniczego, w którym będzie realizowany Program)

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. z 2019 r., poz. 595 z późn.zm.).

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

.....
Pieczęć nagłówkowa

.....
Miejscowość, data

.....
*Podpis i pieczęć osoby/osób/upoważnionej/
upoważnionych do reprezentacji*