# ***Załącznik nr 2 do SWK***

# 

# ***OŚWIADCZENIE***

**Przystępując do udziału w konkursie ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej:** *„***Rehabilitacja Lecznicza (Fizjoterapia i Kinezyterapia) Mieszkańców   
Miasta i Gminy Kąty Wrocławskie”**

**oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z ogłoszeniem oraz Szczegółowymi Warunkach Konkursu i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. Jestem związanyprzedmiotową ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
3. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do przejęcia realizacji programu zdrowotnego na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu oraz umowie.
4. Najpóźniej w przeddzień przystąpienia do wykonywania umowy posiadać będę ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń związanych z realizacją ww. programu zdrowotnego.
5. Uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
6. Osoby wchodzące w skład Zespołu Rehabilitacji Leczniczej nie były karane za czyny określone w rozdziale XIX, XXV, XXXIV, XXXV Kodeksu Karnego.

**Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

..........................dnia.........................

*(miejscowość)*

........................................................................

*Podpis i pieczęć imienna osoby /osób   
uprawnione/ uprawionych do reprezentowania oferenta i składania*

*oświadczeń woli w jego imieniu.*