

Załącznik nr 2
do szczegółowych warunków
konkursu ofert na realizację
programu polityki zdrowotnej
pn. Program profilaktyki wad
postawy w Łodzi „Wyprostuj się!”
w 2017 r.

.....
Pieczęćka firmowa oferenta

Pełna nazwa podmiotu leczniczego:

.....
Adres wraz z kodem pocztowym:

Oświadczenia oferenta

Oferent oświadcza, że na dzień złożenia oferty:

- 1) w stosunku do oferenta nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
- 2) w stosunku do osób uprawnionych do reprezentowania oferenta nie orzeczono zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie są one karane za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 3) jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- 4) spełnia wymagania określone w przepisach odrębnych, niezbędne do realizacji zadania,
- 5) posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji programu,
- 6) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert,
- 7) w pełni zrealizuje całość zadania bez powierzenia jego części lub całości podwykonawcom.

.....
czytelne podpisy i pieczęćki
osób uprawnionych
do reprezentowania oferenta