# Załącznik do formularza ofertowego

# Oświadczenie

Oświadczam, że podmiot leczniczy .............................................................................

nazwa placówki, adres

......................................................................................................................................................posiada gabinety do realizacji zadania, wykonawcy udokumentowane uprawnienia do realizacji zdań programowych, a składany do naboru ofert program nie jest finansowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia i nie stanowi części innego programu realizowanego przez nasz podmiot.

data: ................................. ...............................................

(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta )