Załącznik nr 3

do Zarządzenia Nr 88/2018

Burmistrza Kołaczyc

z dnia 3 września 2018 r.

**Oświadczenie oferenta**

1. Oświadczam, ze zapoznałem się z treścią uchwały Nr L/287/2018 Rady Miejskiej w Kołaczycach z dnia   
   30 sierpnia 2018 roku w sprawie przyjęcia programu polityki zdrowotnej w zakresie bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kołaczyce od 65 roku życia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu ofert na realizację w 2018 roku na terenie Gminy Kołaczyce programu polityki zdrowotnej pod nazwą: *„Program polityki zdrowotnej w zakresie bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kołaczyce od 65 roku życia”*
3. Oświadczam, że ……………………………………………………………………………………………

(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, że *„Program polityki zdrowotnej w zakresie bezpłatnych szczepień ochronnych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Kołaczyce od 65 roku życia”*, 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 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność lecznicza (Dz. U. z 2012 r. poz. 739)

1. Oświadczam, ze kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń, są zgodne ze stanem faktycznym podanym w części III formularza i gwarantują prawidłowość realizacji programu szczepień ochronnych przeciwko grypie populacji z grupy szczególnego ryzyka osób od 65 roku życia.

………………………………

Pieczęć nagłówkowa podmiotu

wykonującego działalność leczniczą

(oferenta)

……………………………………… …………………..………………………

Miejscowość i data Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania podmiotu

wykonującego działalność leczniczą (oferenta)