

.....
Miejscowość i data

Oświadczenie oferenta

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert i szczególnymi warunkami konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Położniczo – Ginekologicznej lub/i w Poradni Chorób Piersi lub/i w Poradni Patologii Ciąży;*
1. Niniejszym zgadzam się z warunkami konkursu ofert oraz przyjmuję je do stosowania.
2. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
3. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście, poza wyjątkiem określonym w § 7 ust. 2 umowy.
4. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości..... zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą - zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy w terminie do

* niepotrzebne skreślić

.....
(pieczętka i podpis oferenta)