**Załącznik nr 4**

do konkursu ofert nr WSS-I.2.2017.WP na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia – program polityki zdrowotnej pn. "Wykrywanie wad i schorzeń narządu wzroku  
 wśród uczniów klas II szkół podstawowych"

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że:

1.Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu i opisem

,,Programu”

2.Potwierdzam liczbę i kwalifikacje zawodowe osób uprawnionych do udzielenia świadczeń   
 zdrowotnych określonych w załączniku nr 1 w ramach zadania objętego konkursem.  
3.Spełniam wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu.

4.Dane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.   
5.Podpisane zostały umowy o współpracy z ewentualnymi podwykonawcami programu

6.Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem  
 technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu   
 lub przedstawiam pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia   
 potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania przedmiotu konkursu zgodnie  
 obowiązującymi przepisami prawa dotyczącymi wykonania świadczeń zdrowotnych.

7.Potwierdzam fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, Oferent/Realizator,   
 którego reprezentuje nie będzie wykazywał świadczeń objętych ,,Programem   
 w rozliczeniach z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

........................................... ........................................................................... data podpis oferenta/ pieczątka