

## OŚWIADCZENIE

**Przystępując do udziału w konkursie ofert na wybór realizatora programu zdrowotnego:  
„Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji dzieci niepełnosprawnych  
z terenu Gminy Bieruń w warunkach domowych”**

**oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z ogłoszeniem oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu i akceptuję je bez zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru oferty, zobowiązuję się do przejęcia realizacji programu zdrowotnego na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu oraz umowie.
3. Najpóźniej w przeddzień przystąpienia do wykonywania umowy posiadać będę ubezpieczenie OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń związanych z realizacją ww. programu zdrowotnego.
4. Uzyskałem wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
5. Osoby wchodzące w skład Zespołu Rehabilitacji Domowej nie były karane za czyny określone w rozdziale XIX, XXV, XXXIV, XXXV Kodeksu Karnego.

Spełniam wymogi Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

**Świadom odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń prawdziwość powyższych danych potwierdzam własnoręcznym podpisem.**

data.....

.....

*Podpis i pieczęć imienna osoby /osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania oferenta  
i składania oświadczeń woli w jego imieniu*