………………, dnia .......................................

............................................

pieczęć podmiotu

**O Ś W I A D C Z E N I E O F E R E N T A**

|  |
| --- |
| PS 11 |

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia Zarządu Powiatu Słupskiego na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn. „Program profilaktyki zakażeń HCV w powiecie słupskim”, obejmującego przeprowadzenie badań przesiewowych krwi na obecność przeciwciał anty-HCV oraz załącznikami do ww. ogłoszenia;

2. wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

3. Proponowany program w całości mieści się w zakresie naszej działalności statutowej, a wnioskowane dofinansowanie stanowi kwotę niezbędną do jego realizacji.

Ponadto oświadczam, że wszystkie podane w ofercie, zgłoszeniu ofertowym informacje oraz załączone do oferty dokumenty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

………………………………………......

(podpis i pieczęć osoby

uprawnionej do reprezentowania oferenta