*Załącznik Nr 1*

*do Formularza Ofertowego*

…………........................................

Pieczątka firmowa oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

1. nie zalegam z należnościami względem ZUS i Urzędu Skarbowego;
2. zapoznałem się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert na wybór realizatora/realizatorów w roku 2017 Programu zdrowotnego pn. „Program polityki zdrowotnej na lata 2017-2018 w zakresie szczepień ochronnych przeciwko zakażeniom pneumokokowym wśród dzieci z terenu miasta Malborka urodzonych w 2015-2016 roku”*, zawierającego szczegółowe warunki konkursu ofert;
3. dysponuję odpowiednią, doświadczoną kadrą oraz posiadam odpowiednie warunki do wykonywania szczepień, które pod względem technicznym i sanitarnym spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. (Dz. U. 2012 , poz.739);
4. zobowiązuję się do wykonania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie miasta Malbork, w zakresie określonym w umowie oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach Programu, zarówno wobec zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich na rzecz których udzielał będę przedmiotowych świadczeń;
5. zapewnię poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników Programu z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2016 r., poz. 922);
6. podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych;
7. dane zawarte w ofercie są prawdziwe, pod groźbą odpowiedzialności karnej.

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

 Podpis i pieczątka osoby/osób upoważnionej/

 upoważnionych do reprezentacji