

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałam się z treścią:

1. ogłoszenia o Konkursie na realizację świadczeń zdrowotnych pod nazwą
**„ Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy
Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023 ”** ,
2. programem polityki zdrowotnej pod nazwą „ Profilaktyczne szczepienia ochronne
przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 –
2023” będącego załącznikiem do Uchwały Nr XX/205/20 Rady Miejskiej
w Kamieńsku z dnia 14 września 2020 r. i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez
udzielającego zamówienia.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

BURMISTRZ
Andrzej Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam kadrę niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych niezbędnych do realizacji programu pod nazwą „ **Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023** ”.

Wyżej wymieniony program realizować będzie

.....

.....
(wskazać liczbę i kwalifikacje zawodowe osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych)

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiotu

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy tj. realizacja programu pod nazwą „**Profilaktyczne szczepienia ochronne przeciwko grypie dla mieszkańców gminy Kamieńsk od 65 roku życia na lata 2020 – 2023**”.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ

Bogdan Pawłowski

.....
(pieczęć podmiotu leczniczego)

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.

.....
data i podpisy osób upoważnionych do reprezentacji podmiot

BURMISTRZ
Bogdan Pawłowski