***Załącznik nr 5*** *do otwartego konkursu ofert z dnia 09.03.2022 r. na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „ Program leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Wrocławia.*

*Miejsce na dane oferenta*

*lub pieczęć firmową*

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niżej podpisana/-e\* osoba/-y\*, posiada/ją prawo do składania oświadczeń woli
w imieniu podmiotu składającego ofertę oświadcza/ją\*, że:

1. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego
z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
2. podmiot składający ofertę jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
3. Oferent zapoznał się z treścią : ogłoszenia konkursowego, załącznika nr 1, załącznika nr 2;
4. Oferent zapewni bazę lokalowo - sprzętową (własną i/lub użyczoną/wynajętą) do realizacji Programu;
5. Oferent posiada zespół specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym;
6. Oferent zobowiązuje się do raportowania wyników leczenia metodą zapłodnienia pozaustrojowego do European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) w ramach Programu EIM-European IVF Monitoring;
7. Oferent posiada dokumentację zgodną z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych, w związku z wdrożeniem 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 oraz przepisów szczególnych, w tym w zakresie dokumentacji medycznej, obowiązującej podmioty prowadzące działalność medyczną.

Jestem/ jesteśmy\* świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

*czytelny podpis osoby/osób\* upoważnionych*

*do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu*

*oraz pieczęć podmiotu*

*\* niepotrzebne skreślić*