**Załącznik nr 3** do otwartego konkursu ofert z dnia 27 lipca 2022 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”

Wrocław, dnia r.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

(nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

Poniżej podpisana/-e osoba/-y, posiadająca/-ce prawo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, oświadcza/-ją, że:

1. nie była/oferent nie był\* karana/-y i nie orzeczono wobec niej/oferenta\* zakazu pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe;
2. w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych;
3. kwota otrzymanych środków na zadanie publiczne przeznaczona zostanie na realizację Programu zgodnie z ofertą i że w tym zakresie Program nie będzie finansowany z innych źródeł;
4. podmiot składający ofertę jest właścicielem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym;
5. nie zalega/oferent nie zalega\* z płatnościami na rzecz Gminy Wrocław (czynsz, zwrot dotacji lub jej części, etc.);
6. przyjmuje/oferent przyjmuje\* sprzęt stomatologiczny, który stanowi własność Gminy Wrocław w nieodpłatne użyczenie, na zasadach określonych w umowie;
7. posiada/oferent posiada\* specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym do realizacji programu;
8. zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy w przypadku wyłonienia na realizatora programu;
9. zawarła/wskazany podmiot wykonujący działalność leczniczą zawarł\* umowę z NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej – leczenie stomatologiczne na produkt kontraktowy: „świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia” lub „świadczenia ogólnostomatologiczne” na lata 2022-2023 w gabinecie stomatologicznym zlokalizowanym na terenie Wrocławia

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz adres gabinetu stomatologicznego, w którym będą udzielane świadczenia z NFZ)

i będzie/ wskazany podmiot wykonujący działalność leczniczą będzie\* udzielała/-ł świadczeń stomatologicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia w gabinecie stomatologicznym zlokalizowanym na terenie Wrocławia, dla uczniów z Programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”, finansowanego przez Gminę Wrocław;

1. przestrzega/oferent przestrzega\* 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, obowiązujących podmioty wykonujące działalność leczniczą;
2. zapoznała się/oferent zapoznał się\* z treścią ogłoszenia konkursowego.

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*