# ***Załącznik nr 4***do otwartego konkursu ofert na wybór realizatora programu polityki zdrowotnej pn.: Program poprawy jakości życia chorych na cukrzycę oraz ich rodzin i opiekunówpn. „ZdążyćPrzedStopąCukrzycową”.

*Dane oferenta lub pieczęć firmowa*

OŚWIADCZENIE OFERNETA

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

1. w stosunku do podmiotu składającego ofertę dotychczas 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;
4. Oferent zapoznał się z treścią programu polityki zdrowotnej pn.: Rozszerzenie dostępu do rehabilitacji kardiologicznej w ramach wtórnej prewencji chorób sercowo-naczyniowych;
5. Oferent zapewnia bazę lokalową wraz z wyposażeniem;
6. Oferent posiada zespół specjalistów z kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym;
7. dane zawarte w Formularzu Ofertowym stanowiącym załącznik nr 2 do ogłoszenia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
8. Oferent zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy na realizację Programu;

podmiot składający ofertę posiada zawartą umowę z NFZ na 2024 rok, na świadczenia zdrowotne w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie:

* diabetologii,
* leczenia chorób naczyń,
* ortopedii i traumatologii narządu ruchu,
* dermatologii i wenerologii.

1. Oferent przestrzega Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 roku w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) oraz przepisów szczególnych, w tym w zakresie dokumentacji medycznej, obowiązujących 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*