**Załącznik nr 3** do otwartego konkursu ofert z dnia 19 grudnia 2024 r. na wybór realizatorów 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. oferent nie był karany i nie orzeczono wobec niego 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. oferent nie zalega z płatnościami na rzecz Gminy Wrocław (czynsz, zwrot dotacji lub jej części, etc.);
6. oferent wyposaży gabinet dentystyczny we własny sprzęt stomatologiczny służący do realizacji Programu;
7. oferent zobowiązuje się posiadać specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym do realizacji Programu;
8. oferent zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy w przypadku wyłonienia na realizatora Programu;
9. oferent zawarł z NFZ umowę na produkt kontraktowy: „świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia” lub „świadczenia ogólnostomatologiczne” na 2025 rok i posiada gabinet stomatologiczny zlokalizowany na terenie Wrocławia **TAK/NIE\*;**
10. oferent zobowiązuje się do **zawarcia** porozumienia /umowy z podmiotem leczniczym (posiadającym kontrakt z NFZ na produkt kontraktowy: „świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia” lub „świadczenia ogólnostomatologiczne” na 2025 rok) **na udzielanie świadczeń ogólnostomatologicznych dla uczniów z Programu**, który posiada gabinet stomatologiczny zlokalizowany na terenie Wrocławia **TAK/NIE\*;**

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

1. 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. oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia konkursowego.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

czytelny podpis osoby/osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu

oraz pieczęć podmiotu

*\* niepotrzebne skreślić*