**Załącznik nr 4** do otwartego konkursu ofert z dnia 12.05.2025 r. na wybór realizatorów programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”

Wrocław, dnia r.

DEKLARACJA OFERENTA

(nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

Deklaruję, że w przypadku podpisania umowy na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych” z Gminą Wrocław, wyposażę szkolny gabinet dentystyczny we własny sprzęt stomatologiczny (m.in. w unit stomatologiczny, pompę ssącą, kompresor do unitu, autoklaw i inne urządzenia bez których wykonywanie programowych procedur jest niemożliwe) umożliwiający wykonywanie działań opisanych w ofercie, wyżej wymienionym Programie i umowie.

czytelny podpis osoby/osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu

oraz pieczęć podmiotu