**Załącznik nr 6** do otwartego konkursu ofert z dnia 12 stycznia 2021 r. na realizację programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”

Wrocław, dnia .............................. r.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Wskazany przeze mnie podmiot wykonujący działalność leczniczą\*

..........................................................................................................................................

..........................................................................................................................................

będzie udzielał świadczeń stomatologicznych z Narodowego Funduszu Zdrowia dla uczniów z Programu polityki zdrowotnej pn.: „Zapobieganie próchnicy zębów u uczniów wrocławskich szkół podstawowych”, finansowanego przez Gminę Wrocław.

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

………...................................................................................................

czytelny podpis osoby/osób\* upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu

oraz pieczęć podmiotu