**Załącznik nr 4** 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

Niżej podpisane osoby, posiadające prawo do składania oświadczeń woli w imieniu oferenta, oświadczają, że

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

(nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

z siedzibą: ..........................................................................................................

1. w stosunku do podmiotu składającego ofertę 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. wybiera jedną z dwóch możliwości:

* przyjmuje sprzęt stomatologiczny, który stanowi własność Gminy Wrocław   
  w nieodpłatne użyczenie, na zasadach określonych w umowie\*
* wyposaża gabinet dentystyczny w szkole w specjalistyczny sprzęt stomatologiczny z własnych środków finansowych\*,

1. posiada zespół specjalistów z odpowiednimi kwalifikacjami i doświadczeniem zawodowym do realizacji programu;
2. zobowiązuje się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla działań realizowanych w ramach umowy w przypadku wyłonienia na realizatora programu;
3. posiada lub wskazany przeze mnie podmiot wykonujący działalność leczniczą posiada\* zawartą umowę z NFZ na produkt kontraktowy: „świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia” lub „świadczenia ogólnostomatologiczne” w roku 2021 w gabinecie stomatologicznym zlokalizowanym na terenie Wrocławia;
4. 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 prowadzące działalność leczniczą
5. 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*