

OŚWIADCZENIA OFERENTA

do konkursu ofert na wybór realizatora zadania w zakresie ochrony zdrowia - program polityki zdrowotnej pn. „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Myszyniec na lata 2024-2026” w roku 2026

Oświadczam/-my, że:

- 1) w stosunku do mnie/nas nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych,
- 2) nie byłem/nie byliśmy karany/-ni zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz nie byłem/nie byliśmy karany/-ni za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,
- 3) jestem/jesteśmy jedynym posiadaczem/-mi rachunku, na który zostaną przekazane środki, i zobowiązuję/zobowiązujemy się go utrzymywać do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,
- 4) kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł,
- 5) zapoznałem/zapoznaliśmy się oraz akceptuję/akceptujemy treść ogłoszenia, szczegółowe warunki konkursu i opis Programu,
- 6) spełniam/spełniamy wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach konkursu,
- 7) dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym,
- 8) posiadam/posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu konkursu oraz dysponuję/dysponujemy potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu,
- 9) potwierdzam/potwierdzamy fakt, że w przypadku przyjęcia niniejszej oferty, nie będę/nie będziemy wykazywał/-li świadczeń objętych rozliczaniem z innymi podmiotami, w tym z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Jestem/jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis oferenta)