**załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.

2. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu.

 3. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.

4. Osoby, które będą realizowały świadczenia posiadają odpowiednie kwalifikacje .

5. Przez cały okres realizacji programu, zobowiązuję się do:

a) zatrudnienia przy realizacji programu polityki zdrowotnej osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,

c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,

d) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez cały okres realizacji programu.

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

podpis, pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy