

Załącznik nr 2  
do ogłoszenia o konkursie

### OŚWIADCZENIA OFERENTA

<b>Treść</b>	<b>data, czytelny podpis</b>
Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia oraz warunkami dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert.	
Oświadczam, że świadczenia realizowane w ramach programu zdrowotnego „Terapia przeciwobrzękowa dla kobiet po mastektomii na lata 2012 - 2015” nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	
Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe oraz wyposażenia niezbędne do realizacji zadania, a wykonawcy udokumentowane uprawnienia do realizacji zadań programowych.	
Oświadczam, że nie zalegam z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.	