

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Treść	data, czytelny podpis
Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia oraz warunkami dotyczącymi przedmiotu konkursu ofert.	
Oświadczam, że świadczenia realizowane w ramach zadania nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.	
Oświadczam, że oferent nie zalega z płatnościami podatków oraz składek ubezpieczenia społecznego i zdrowotnego.	
Oświadczam, że oferent będzie ponosił odpowiedzialność za ewentualne szkody wyrządzone przy realizacji Programu.	
Oświadczam, że świadczenia udzielane w ramach Programu w części klinicznej będą udzielane na terenie Miasta Radomia przez podmiot posiadający pozwolenie Ministra Zdrowia na wykonywanie czynności ośrodka medycznie wspomaganey prokreacji	