

.....
/pieczęć podmiotu leczniczego/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

- 1) nie zalegam z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
- 2) zapoznałem się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert* na wybór realizatorów (lub realizatora) programu zdrowotnego pn. „*Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Małopolsce*” w 2016 r. zwanego dalej „Programem”,
- 3) zobowiązuje się do wykonywania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy, której dotyczy oferta oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach *Programu*, zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń,
- 4) zapewnię poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników *Programu* z zachowaniem wymogów określonych w ustawie z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2015 r., poz. 2135 z późn. zm.),
- 5) podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
/miejscowość, data/

.....
/podpis i pieczęć imienna/