………………………………………………………..…….

 *(miejscowość, data)*

………………………………………………………..…….

 *(pieczęć firmowa Oferenta)*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Składając ofertę w ramach ogłoszenia o otwartym naborze na partnera w celu wspólnej realizacji programu „Kompleksowe Leczenie Ran Przewlekłych- 2” oświadczam, że podmiot, który reprezentuję:

1. Dysponuje określonym w ogłoszeniu o naborze:
2. potencjałem kadrowym i merytorycznym;
3. potencjałem lokalowym;
4. potencjałem sprzętowym
5. Spełniam warunki realizacji świadczeń określone z Zarządzeniu Prezesa NFZ nr 213/2020 z dnia 31.12.2020 i pozostałych rozporządzeń Ministra Zdrowia i zarządzeń Prezesa NFZ w rodzaju (Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna / Podstawowa Opieka Zdrowotna):

*………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*i zakresie*

*………………………………………………………………………………………………………………………………….*

*(podpis osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu)*