Załącznik nr 2 do

„Szczegółowych warunków konkursu ofert”

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

* + 1. Treść ogłoszenia i „Szczegółowe warunki konkursu ofert” dotyczące świadczenie usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Miasta i Gminy Świerzawa w 2018r. w ramach „Programu zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców Miasta i Gminy Świerzawa”.
    2. Projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie oświadczam, że udzielone w ramach „Programu zwiększania dostępności do świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej wśród mieszkańców Miasta i Gminy Świerzawa” świadczenia zdrowotne nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

……………………………. ……………………………

*miejscowość, data podpis oferenta*