

na projekt programu polityki zdrowotnej pn. „Program dofinansowania do leczenia niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego na lata 2019 - 2021 dla mieszkańców miasta Szczecina”.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami Konkursu ofert.
2. Spełniam wszystkie wymagania zawarte w szczegółowych warunkach Konkursu.
3. Dane w ofercie konkursowej są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
4. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania przedmiotu konkursu lub przedstawiam pisemne zobowiązanie innych podmiotów do udostępnienia potencjału technicznego i osób zdolnych do wykonania przedmiotu Konkursu.
5. Posiadam autorskie prawa majątkowe do oferty konkursowej zgłoszonej do Konkursu.
6. Jestem zobowiązany do ochrony danych osobowych zgodnie z rozporządzeniem parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych)-zwanego dalej RODO, w pełnym zakresie dotyczącym udziału w Konkursie.

.....
data:

.....
pieczęć i podpis(y) oferenta lub osób uprawnionych do reprezentacji oferenta, w przypadku oferty wspólnej- podpis pełnomocnika wykonawców