**Załącznik nr 4 do Uchwały Nr 443/2017  
Zarządu Powiatu Krośnieńskiego   
z dnia 6 kwietnia 2017 r.**

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

1.Treść ogłoszenia

2.Regulamin konkursu

3.Wzór umowy na realizację w 2017 roku Powiatowego Programu Polityki Zdrowotnej pn. „Program przeciwdziałania rakowi szyjki macicy w powiecie krośnieńskim na lata 2015-2020”.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu i oświadczam, że świadczenia konkursowe nie są refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia**.**

.....................................................

( pieczątka i podpis osoby upoważnionej)

Miejscowość…………………………., dnia ……………………………………..

Wymagane dokumenty:

1) wpis do właściwego rejestru,

2) obowiązujący statut /jeśli dotyczy/,

3) polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej,

4) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu,

5) inne dokumenty niezbędne do oceny potencjału wykonawcy i zdolności do realizacji przedmiotu konkursu.

*UWAGA kopie dokumentów wymagają potwierdzenia zgodności z oryginałem*.