**Załącznik nr 2**

………………………………

*Pieczęć oferenta*

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
2. dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
3. ❒ nie posiadam przychodów z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1639, z późn. zm.)
4. ❒posiadam przychody\* z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu, uwzględniające również działalność spółek względem oferenta dominujących lub zależnych w rozumieniu art. 4 pkt 14 i 15 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o ofercie publicznej i warunkach wprowadzenia instrumentów finansowych do zorganizowanego systemu obrotu oraz o spółkach publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1639, z późn. zm.) - należy wskazać źródło i wysokość przychodów (nie dotyczy kontraktu z NFZ):
5. ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..
6. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………....
7. oferta zawiera………………………….ponumerowane/ych strony/n,
8. zapoznałem się ze skrótowym opisem celów i podstawowych elementów zadania określonych w załączniku nr 2a pn. *Opis* *„Programu* *opieki nad rodzinami wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na nowotwory złośliwe – Moduł II – wczesne wykrywanie i prewencja nowotworów złośliwych w rodzinach wysokiego, dziedzicznie uwarunkowanego ryzyka zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej trzonu macicy” na lata 2019-2021* i oświadczam, że Program będzie realizowany zgodnie z opisem zawartym w w/w załączniku.
9. posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą) zawartą na okres ..................................................... termin opłacenia składki ................................................... (w przypadku opłacania w ratach – informacja o opłaceniu raty).
10. posiadam:
11. ❒ aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń realizowanych w poradni onkologicznej\*
12. ❒ aktualną umowę współpracy na wykonywanie świadczeń z zakresu onkologii w poradni onkologicznej z podmiotem posiadającym aktualną umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w zakresie świadczeń realizowanych w poradni onkologicznej - tj. z ................................................................................................................................... (należy podać nazwę i adres podmiotu, w którym zawarto umowę o współpracy)\*
13. informacje zawarte w ofercie:

❒ stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*,

❒ nie stanowią tajemnicy przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2018 r. poz. 1330) i nie podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom\*.

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

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta

\*właściwe zaznaczyć „X”