|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 4** |
| ………………..………… |  |  |  |
| Pieczęć Oferenta |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, iż:**

1. Przychody z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych uzyskane w poprzednim roku obrotowym   
   w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), wyniosły:

…………………………………………………………………………………………………

1. Podmiot, który reprezentuję posiada przychody / nie posiada przychodów\*   
   z działalności leczniczej z tytułu świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków innych niż określone w pkt. 1. uzyskane w poprzednim roku obrotowym w rozumieniu ustawy z 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938, z późn. zm.), wyniosły:

………………………………………..……………………………………………………..…

1. Podmiot, który reprezentuję posiada przychody / nie posiada przychodów \* z innych źródeł na realizację zadań przedmiot konkursu, uwzględniając 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) (należy wskazać źródło i wysokość przychodów łącznie)

………………………………………..……………………………………………………..…

1. Posiadam aktualną umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej  
   (w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą), zawartą dnia …………, obowiązującą do dnia ………… . Składka opłacona została w dniu ……............ /opłacana jest w ratach\* (jeżeli składka opłacana jest w ratach należy załączyć oświadczenie o opłaceniu raty zgodnie z **załącznikiem nr 4a**).
2. Podmiot, który reprezentuje posiada umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia w przedmiocie finansowania świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie leczenia szpitalnego w obszarze położnictwa i ginekologii\*\*:

☐ TAK

☐ NIE

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się z treścią programu pn.: „*Program polityki zdrowotnej służący wykonaniu programu kompleksowego wsparcia dla rodzin „Za życiem” na lata 2017-2021”.*
3. Oferta zawiera …………. ponumerowanych stron.
4. Dane zawarte w ofercie są prawdziwe.
5. Zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy w przypadku wyłonienia na realizatora zadania.
6. Reprezentowany przeze mnie podmiot prowadzi działalność z z zakresu położnictwa i ginekologii oraz zakresu neonatologii co najmniej na II poziomie referencyjnym.
7. Zobowiązuję się do rejestracji banku mleka kobiecego w księdze rejestrowej (po jego utworzeniu).
8. Zobowiązuję się do przekazywania corocznych sprawozdań przez 5 lat od otrzymania finansowania o liczbie dzieci korzystających z banku mleka kobiecego.
9. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, zakup sprzętu zostanie dokonany w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.) (jeżeli dotyczy) lub   
   w trybie zapytania ofertowego (jeżeli wartość zamówienia publicznego nie podlega trybom określonym w ustawie Prawo zamówień publicznych), a koszt zorganizowania zakupu nie zostanie wliczony do kosztów zakupu sprzętu.
10. W przypadku wyboru podmiotu, który reprezentuję na realizatora zadania, dokonam zakupu aparatury i sprzętu w trybie ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. – Prawo zamówień publicznych (Dz.U. z 2017 r. poz. 1579, z późn. zm.), za pośrednictwem Zakładu Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, po powzięciu informacji o wyborze powyższego sposobu zakupu aparatury i sprzętu.
11. Zobowiązuję się do bieżącego zapoznawania się z informacjami na temat postępowania konkursowego, zamieszczanymi na stronie internetowej Ministerstwa Zdrowia (https://www.gov.pl/zdrowie/programy-profilaktyki-zdrowotnej) i na stronie podmiotowej Biuletynu Informacji Publicznej, co najmniej do dnia publikacji ogłoszenia o wyborze realizatora/ realizatorów zadania.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| …..........………………….………… |  | …..........………………….………… |
| Data, imienna pieczęć i podpis osoby odpowiedzialnej za sprawy finansowe Oferenta |  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |

\* niepotrzebne skreślić

\*\* należy wyraźnie oznaczyć wybrany jeden wariant odpowiedzi