

## OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

- 1) treść ogłoszenia i „Szczegółowe warunki konkursu ofert na realizację Programu Zdrowotnego dla Mieszkańców Gminy Jastrząb na rok 2020 w zakresie szczepień przeciw grypie;
- 2) projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

.....

*miejsowość, data*

.....

*podpis oferenta*