

Zał. nr 8 do Szczegółowych warunków konkursu ofert

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

1. treść ogłoszenia i „Szczegółowe warunki konkursu ofert” dotyczące świadczenia usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców gminy Borne Sulinowo w 2024 r.;
2. projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych, stanowiący Załącznik nr 9 do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”;

Oświadczam, że udzielone świadczenia zdrowotne nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis oferenta)