Załącznik do formularza oferty

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem(am) się i akceptuję:

1. Treść ogłoszenia Burmistrza Miasta Milanówka na realizację świadczeń gwarantowanych usług w zakresie rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Milanówka, posiadających skierowania lekarskie na wykonanie tego typu zabiegów ze sfinansowaniem usługi z budżetu Gminy Milanówek

2. Projekt umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych.

Jednocześnie oświadczam, że udzielone w ramach niniejszego konkursu ofert ogłoszonego przez Burmistrza Miasta Milanówka świadczenia zdrowotne nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

……………………………………… …………..……………………………..

miejscowość, data Imię i nazwisko i podpis oferenta

lub osoby (osób) występujących

w imieniu oferenta