**Załącznik nr 4**

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, że:**

1. Jako organ prowadzący szkołę publiczną posiadam/ nie posiadam\* przychody/ przychodów\* z innych źródeł na realizację zadań tego samego rodzaju, co zadanie stanowiące przedmiot konkursu ofert.

W przypadku posiadania przychodów wskazać ich źródło i wysokość:

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

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się z treścią programu pn.: **Poprawa dostępności do świadczeń stomatologicznych dla dzieci i młodzieży w 2018 r.**
3. Zawarłem porozumienie o współpracy z podmiotem wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii dla dzieci i młodzieży na podstawie umowy z NFZ lub przystąpi do konkursu na udzielanie ww. świadczeń (kopia porozumienia w załączeniu).
4. Zawarłem porozumienie z podmiotem, który będzie realizował działania z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej w określone w projekcie edukacyjnym (kopia porozumienia w załączeniu).
5. Dane zawarte w ofercie są prawdziwe.
6. Zobowiązuję się do prowadzenia odrębnej ewidencji księgowej dla zadań realizowanych w ramach umowy w przypadku wyłonienia na realizatora.
7. Oferta zawiera ………….……. ponumerowanych stron.
8. 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.
9. Zobowiązuję się do przekazywania corocznych sprawozdań o liczbie dzieci i młodzieży, którym udzielono świadczeń stomatologicznych w szkolnym gabinecie dentystycznym w okresie trzech lat (oddzielne za rok 2018, 2019 i 2020) od otrzymania finansowania.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………………… |  | ………………………………………………………. |
| Data, pieczęć i podpis osobyodpowiedzialnej za sprawyfinansowe Oferenta |  | Data, pieczęć i podpis osoby /osóbupoważnionych do reprezentacjiOferenta |

\*niepotrzebne skreślić