Załącznik nr 4

do Zarządzenia Prezydenta Miasta Pruszkowa

Nr 289 /2021 z dnia 29 listopada 2021r

O ś w i a d c z e n i e

1. Oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta

Nazwa oferenta: .....

.....

Adres.....

NIP ..... REGON .....

Tel. kontaktowy .....

2. Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem .....

Nie dotyczy

3. Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Nie dotyczy

4. Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

Nie dotyczy

5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu, się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy określonym w ogłoszeniu konkursowym. Oświadczam, że placówka medyczna

.....

nazwa placówki, adres

posiada gabinety do realizacji zadania, a wykonawcy udokumentowane uprawnienia do realizacji zadań programowych,

6. Oświadczam, iż jako podmiot leczniczy w rozumieniu przepisów Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz. 711 ze zm.)
nie zalegam wobec miasta Pruszkowa z podatkami oraz innymi opłatami lokalnymi / zalegam wobec miasta Pruszkowa z podatkami oraz innymi opłatami lokalnymi w wysokości ..... i uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu.[1]

7. Oświadczam, iż podmiot jest/nie jest podatnikiem podatku VAT.

data: .....

p o d p i s D y r e k t o r a

[1] niepotrzebne skreślić