

.....  
/pieczęć podmiotu leczniczego/

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że

- 1) nie zalegam z należnościami względem ZUS i urzędu skarbowego,
- 2) zapoznałem się z treścią *Ogłoszenia konkursu ofert* na wybór realizatorów (lub realizatora) programu zdrowotnego pn. „*Program zdrowotny dotyczący profilaktyki zakażeń wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV) w Małopolsce*” w 2018 r. zwanego dalej „*Programem*”,
- 3) zobowiązuje się do wykonywania świadczeń obejmujących zakres przedmiotowy konkursu na terenie Gminy, której dotyczy oferta oraz ponoszenia wyłącznej odpowiedzialności za świadczenia wykonane w ramach *Programu*, zarówno wobec Zleceniodawcy jak i wobec osób trzecich, na rzecz których udzielał będzie przedmiotowych świadczeń,
- 4) zapewnię poufność przetwarzanych danych osobowych wszystkich uczestników *Programu* z zachowaniem wymogów określonych w rozporządzeniu Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, publ. Dz.U.UE.L.2016.119.1) oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2018 r., poz. 1000),
- 5) podmiot leczniczy jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....  
/miejsowość, data/

.....  
/podpis i pieczęć imienna/