*Załącznik nr 2*

……………………………………………..

pieczęć firmowa Wykonawcy

# OŚWIADCZENIE O ZAPOZNANIU SIĘ Z REGULAMINEMI SPEŁNIENIU WARUNKÓW

Działając w imieniu Oferenta, niniejszym oświadczam, że przed przystąpieniem do Projektu zapoznałem/am się z obowiązującym Regulaminem Rekrutacji i Uczestnictwa w Projekcie.

Oświadczam również, iż placówka AOS, którą reprezentuję spełnia następujące wymogi:

1. Posiada kontrakt z NFZ na udzielanie świadczeń w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie działań objętych programem;
2. Posiada jednostkę organizacyjną i/lub siedzibę na obszarze realizacji Projektu, tj. na terenie jednego z województw: mazowieckiego lub łódzkiego.
3. Deklaruję, że w przypadku pacjentów z podejrzeniem boreliozy z Lyme w późniejszych stadiach, kierowanych lekarzy POZ na wizytę do AOS w ramach projektu oczekiwany czas
na wizytę nie przekroczy 14 dni.
4. Zapewnia dostęp dla osób z niepełnosprawnością ruchową (tj. dostosowanie architektoniczne).
5. Akceptuje, iż wynagrodzenie za świadczenie usług będzie zgodne ze stawkami wskazanymi w Umowie.

.........................................

Miejscowość, data

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

Pieczątka i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania placówki AOS