Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

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

 pieczątka oferenta

Oświadczenie

Oświadczamy, że będziemy dysponować kadrą niezbędną do realizacji świadczeń zdrowotnych, z zapewnimy wyposażenie, oraz warunki lokalowe określone w programie w pkt. IV.2. **,,Program rehabilitacji leczniczej dla mieszkańców Gminy Kobierzyce po przebytej chorobie COVID-19”.**

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

Data Podpis Oferenta