|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KONKURS OFERT na rok** | | **DATA:** |
| **NAZWA RODZAJU ŚWIADCZEŃ:** | | **KOD POSTĘPOWANIA:** |
| **ID SWD:** | | |
| **NAZWA ZAKRESU:** | | |
| **OFERENT:**  **ADRES:** |  | |

**Oświadczenie Oferenta**

Informuję, że w okresie **od 01.01.2021 roku do chwili obecnej:**

* **dokonywałem**
* **nie dokonywałem**

**inwestycji opisanej w art. 95 d ust. 1 ustawy, tj. inwestycji**

1) polegającej na utworzeniu na obszarze województwa:

a) nowego podmiotu leczniczego,

b) nowych jednostek lub komórek organizacyjnych zakładu leczniczego podmiotu leczniczego,

2) innej niż inwestycja określona w pkt 1, dotyczącej wykonywania działalności leczniczej polegającej na udzielaniu świadczeń zdrowotnych

- której wartość kosztorysowa na dzień złożenia wniosku **przekracza 2 mln zł.**

W przypadku odpowiedzi pozytywnej dołączam opinię o celowości inwestycji.

……………………………………………………………………….

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta