**Załącznik Nr 6**

**do Zarządzenia Nr OPG/2/17 Wójta Gminy Suszec**

**z dnia 3 kwietnia 2017 r**

*………………………………………………………*

Pieczęć Oferenta  
 (jeśli posiada)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję:

1) treść ogłoszenia,

2) szczegółowe warunki konkursu,

3) projekt umowy na realizację „Programu profilaktyki dysfunkcji kręgosłupa na lata 2015- 2020” w 2017 r.

4) Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z przeprowadzeniem konkursu ofert i realizacją programu zdrowotnego, w tym na podanie do wiadomości publicznej wyników konkursu, które zostaną wywieszone na tablicy ogłoszeń Urzędu Gminy Suszec i ogłoszone na stronie Internetowej Gminy Suszec jak również przesłane uczestnikom konkursu w formie zawiadomienia pisemnego.

Jednocześnie wyrażam zgodę na przystąpienie do konkursu.

**…………………………….**

podpis Oferenta