Załącznik nr 3 do Ogłoszenia

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

(pieczęć adresowa Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Przystępując do udziału w konkursie ofert na realizację zadania publicznego pn.: „Świadczenie na rzecz mieszkańców Świnoujścia usług opieki wytchnieniowej, w ramach pobytu całodobowego w ośrodku/placówce wpisanej do rejestru właściwego wojewody zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym” ogłoszonego przez Prezydenta Miasta Świnoujście oświadczam, iż zobowiązuję się do:

 *realizacji zadania publicznego w sytuacji wystąpienia stanu epidemii/zagrożenia epidemicznego wywołanych zakażeniami wirusem SARS-CoV-2 w oparciu o obwiązujące przepisy prawa i dostosować je m.in. do aktualnych wytycznych głównego Inspektora Sanitarnego i Ministerstwa Zdrowia.*

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

 podpis Oferenta lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania Oferenta

…………………………….., data........................................................