Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 42/11

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY LUB PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCY
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenie zdrowotne z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznych
dla pacjentów Krakowskiego Centrum Rehabilitacji

Imię i Nazwisko/Firma Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

_____

_____

Adres Wykonawcy

_____

_____

oświadczamy, iż:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznaliśmy się z warunkami konkursu i w pełni je akceptujemy.
3. Oświadczam, że spełniamy wymagania określone w pkt. 6 warunków udziału w konkursu.
4. Oświadczamy, że posiadamy odpowiedni potencjał osobowy jak i sprzętowy oraz pomieszczenia konieczne do wykonywania badań cytologicznych i histopatologicznych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami obowiązującego prawa w szczególności w rozporządzeniu MZ z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2011 r. nr 31 poz. 158) oraz ustawie z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2004 r. nr 144 poz. 1529 t.j.) oraz aktach wykonawczych do ustawy.
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zarówno w zakresie odpowiedzialności kontraktowej jak i odpowiedzialności z tytułu czynów niedozwolonych, za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym zamówieniem i zobowiązuję się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy. Sumy gwarancyjne ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej będą zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 23.12.2004 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienia na świadczenia zdrowotne

_____
Data i podpis osoby(osób) upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy