Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 15/12

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY LUB PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCY
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenie zdrowotne świadczenia zdrowotne dla pracowników KCR z zakresu postępowania poekspozycyjnego w przypadku zakażenia wirusem HIV

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 poekspozycyjnych w przypadku ryzyka zakażenia wirusem HIV 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).
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2011 r. nr 112 poz. 654) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

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