Załącznik nr 2 do konkursu
Znak sprawy: A.I.271 – 29/12

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY LUB PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCY o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu konkursowym na świadczenia zdrowotne polegające na wykonywaniu przez Wykonawcę na rzecz Krakowskiego Centrum Rehabilitacji odpłatnych usług w zakresie transportu krwi i preparatów krwiopochodnych

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. 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