Załącznik nr 2 do warunków

OŚWIADCZENIE OFERNETA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
na udzielanie świadczeń przez dietetyka

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

_____

_____

Adres Wykonawcy

_____

_____

oświadczamy, iż:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa w zakresie świadczeń zdrowotnych, na które składam ofertę;
2. Zapoznałem się z warunkami postępowania oraz umową i w pełni je akceptuję.

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

Dotyczy osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą:
Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

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