Załącznik nr 2 do warunków

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

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 w zakresie świadczeń zdrowotnych, na które składam ofertę;
2. Zapoznałem się z warunkami postępowania i w pełni je akceptuję.
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. 2018 r. poz. 160 z późn. zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

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