

Znak sprawy: A.I.4240-6/17

**OŚWIADCZENIE OFERNETA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu
konkursowym na świadczenia zdrowotne**

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 konkursu 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. 2016 r., poz. 1638 z późn. zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

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