

Dane Wykonawcy:

Nazwa:

adres:

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

składane na potwierdzenie spełniania warunku udziału w postępowaniu określonych w rozdziale IV ust. 1 pkt 1 lit a , pkt 2 lit b i c MI

Przystępując do postępowania konkursowego oświadczamy, że:

1. posiadam/my uprawnienia do prowadzenia działalności objętej przedmiotem konkursu, zgodnie z obowiązującymi przepisami, tj. posiadam/ my wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

TAK*

NIE*

Numer księgi rejestrowej: **

2. oświadczam/y, że dysponuję/my personelem posiadającym uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa potwierdzone stosownymi dokumentami zgodnie z przepisami ustawy o medycynie laboratoryjnej z dnia 15 września 2022r :

TAK*

NIE*

3. oświadczam/y, że posiadam /my sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ dla pracowni diagnostycznych, posiadających stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy:

TAK*

NIE*

***zaznaczyć właściwe**

****należy podać**

....., dnia.....r.

(miejsowość)

.....

podpis wykonawcy

lub osoby upoważnionej

