

.....
/pieczęć firmowa z pełną nazwą Przyjmującego zamówienie/

OŚWIADCZENIE

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w konkursie ofert z zakresu:

Świadczenia zdrowotne dla pacjentów
Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica
/konsultacje histopatologiczne i badania immunohistochemiczne/

oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 799) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia medyczne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu konkursowym, tj:

- 1) spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie objętym postępowaniem konkursowym oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację. Aparatura i sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty i atesty oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
- 2) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego,
- 3) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Ponadto oświadczam, że:

- a) wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r., poz. 146) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób,
- b) posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej/ zobowiązuję się do zawarcia właściwego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej* oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres trwania umowy.

*Niepotrzebne skreślić

.....
/miejsowość, data/

.....
/Pieczęć i podpis osoby uprawnionej/