

.....
(Nazwa i adres oferenta - Pieczęć)

Oświadczenie

1. Oświadczam, że jesteśmy podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.) i udzielamy świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej na terenie miasta Hajnówka.
2. Oświadczam, że świadczymy usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
3. Oświadczam, że posiadam wykwalifikowany personel medyczny, uprawniony do wykonywania szczepień, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że dysponuję gabinetem zabiegowym lub punktem szczepień spełniającym wymogi techniczne, sanitarne i wyposażonym, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
5. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, iż zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie.
8. Oświadczam, że jestem związany/a naszą ofertą przez 30 dni licząc od terminu składania ofert.

....., dnia

(Miejscowość)

.....
(Podpis i pieczęćka oferenta)