Załącznik Nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Ja (imię i nazwisko).....

W imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy:

(nazwa firmy).....

.....

.....

Oświadczam, co następuje:

I. OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OFERENTA*

1. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w konkursie określone przez Zleceniodawcę
2. Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego (należy zaznaczyć):

   ☐ Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego :……*

   ☐ Numer wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej: …….*

3. Oświadczam, iż działalność podmiotu leczniczego zarejestrowana jest w Rejestrze Pomiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem …….*,
   nazwa komórki organizacyjnej …….*,
   Numer statystyczny REGON: ……..*,
   Numer NIP: …….*,

2) Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarski, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską – pod numerem ……..*.

***odpowiednie zaznaczyć i wpisać**

II. INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH.

Oświadczam, że w celu realizacji przedmiotowych świadczeń polegam na zasobach następujących podmiotów leczniczych/ lekarzy (np. konsultacje: okulistyczna, neurologiczna, laryngologiczna, badania diagnostyczne: audiometryczne, spirometria, RTG, EKG i badania laboratoryjne) ……

…….

……..

……

…….

(wskazać podmiot i określić zakres dla wskazanego podmiotu).

Jednocześnie oświadczam, iż ww. podmioty lecznicze spełniają warunki określone przez Zleceniodawcę w formularzu oferty i w projekcie umowy.

III. OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą
oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zleceniodawcę w błąd przy
przedstawianiu informacji.

…….. (miejscowość) data ..... …….....

Podpis i pieczątka upoważnionego
przedstawiciela Oferenta