

Znak sprawy: 6/ NSU/2025

Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu: udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionych do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawisko-Rehabilitacyjnym SPZOZ w Krynicy-Zdroju

1. *Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024, poz. 799 z późn. zm.).*
2. *Oświadczam, że zapoznałam/łem się z treścią Ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), regulaminem konkursu, projektem umowy i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.*
3. *Oświadczam, że pozostanę związana/y z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.*
4. *Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.*
5. *Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.*
6. *Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania.*

Miejscowość i data.....

(podpis i pieczęć imienna)