
(miejscowość, data)

**Załącznik nr 3
do Warunków konkursu ofert**

Dane Przyjmującego zamówienie:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Oświadczam, że jako Przyjmujący zamówienie:

- 1) zapoznałem się z warunkami postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych dla pacjentów Udzielającego zamówienia w latach 2021/2023 roku. Nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków i uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) zapoznałem się ze wzorem umowy, który stanowi załącznik nr 2 do „warunków”. Akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej oferty, do jej zawarcia.;
- 3) personel medyczny który będzie wykonywał badania diagnostyczne posiada kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem umowy;
- 4) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 5) będę wykonywał świadczenia objęte umową w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 4;
- 6) będę wykonywał świadczenia w pomieszczeniach spełniających wymogi sanitarno-epidemiologiczne;
- 7) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
- 8) przedstawiłem w ofercie i niniejszych oświadczeniach informacje, które są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Podpis/y osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego zamówienie