

DANE OFERENTA

NAZWA PLACÓWKI.....

.....

.....

IMIĘ I NAZWISKO DYREKTORA.....

.....

NUMER I RODZAJ REJESTRU.....

.....

MIEJSCE ŚWIADCZENIA USŁUG/ ADRES

POWIAT.....

GMINA.....

KOD POCZTOWY.....

MIEJSCOWOŚĆ.....

ULICA.....

NR TELEFONU.....

E-MAIL.....

NIP.....

REGON.....

NAZWA BANKU.....

NUMER KONTA.....

ODLEGŁOŚĆ MIEJSCA WYKONYWANIA BADAŃ OD SIEDZIBY

ZAMAWIAJĄCEGO.....

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

1. Odpis z właściwego rejestru Wojewody Zakładów Opieki Zdrowotnej lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
2. Odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej/
lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, również w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV i WZW na okres ich udzielania, objęte umową ubezpieczenia i przedłożenia kopii polisy na najpóźniej na jeden dzień przed podpisaniem umowy.

.....
miejsowość i data

.....
pieczęć i podpis

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywać osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

.....
Pieczętka i podpis

Załącznik nr 4

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami umożliwiającymi realizację świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym. Aparatura i sprzęt medyczny posiada stosowne atesty, certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia.

.....
Pieczęć i podpis

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zapoznałem się i nie zgłaszam zastrzeżeń do materiałów informacyjnych raz wzoru umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych.

.....
Podpis oferenta