Załącznik nr 2 do SWKO

.................................................

(pieczęć firmowa Oferenta)

#### O Ś W I A D C Z E N I E

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie **świadczeń zdrowotnych w godzinach ordynacji przez lekarzy zgodnie z harmonogramem oraz wewnętrznymi zasadami określonymi Zarządzeniem w Oddziale Pulmonologicznym oświadczamy, że jesteśmy podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011r.**  
o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniamy warunki udziału w postępowaniu, tj.:

* + 1. posiadamy uprawnienia do wykonywania świadczenia oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym:

- legitymuję się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych lub

- wykonujemy działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;

* + 1. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, w szczególności zgodne z przepisami rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami;
    2. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Oświadczam, że nie dotyczy nas zakaz określony w przepisie art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, który stanowi, że nie można zawrzeć umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z lekarzem, pielęgniarką, położną, inną osobą wykonującą zawód medyczny lub psychologiem, jeżeli udzielają oni świadczeń opieki zdrowotnej u świadczeniodawcy, który zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Funduszem.

.............................................................................. ...............................................................................

(miejscowość, data) (podpis i pieczątka osoby uprawnionej)