

.....  
(pieczęć firmowa Oferenta)

## O ŚWIADCZENIE

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;
- 2) 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;
- 3) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Oświadczamy, 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 pieczęć osoby uprawnionej)

