

## Formularz nr 2

### Oświadczenia

.....  
(pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: badań histopatologicznych dla potrzeb Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego im. Jana Mikulicza-Radeckiego we Wrocławiu oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2021r. poz. 711, 1773 z późn. zm.) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację, a także oświadczam, iż spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym. Aparatura i sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
- b) dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz środkami transportu i łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny obejmującej przedmiot postępowania konkursowego,
- c) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
- d) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
  - Oświadczam, że wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, 1292, 1559, 1773, 1834 i 1981) w zakresie wynikającym umowy na

zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.

- Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu
- Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia
- Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy, akceptuję go i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym
- Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczętka i podpis osoby Uprawnionej)