

.....  
pieczęć firmowa Wykonawcy

## **OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „Świadczenie usług medycznych w zakresie profilaktycznych badań lekarskich (okresowych i kontrolnych) pracowników Powiatowego Centrum Pomocy Rodzinie w Lipnie i badań wstępnych osób przyjmowanych do pracy w Centrum oraz wydawanie orzeczeń lekarskich o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy lub o przeciwwskazaniach zdrowotnych do pracy na określonym stanowisku pracy”, niniejszym oświadczam, że:

- 1) posiada/my uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy i są wpisani do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 160);
- 2) posiada/my zdolność objęcia usługą zdrowotną w ciągu jednego dnia w danej placówce minimum 3 osoby skierowane przez Zamawiającego;
- 3) dysponuje/my bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Pomieszczenia przeznaczone do realizacji zamówienia muszą odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);
- 4) dysponuje/my sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia. Sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji zamówienia musi odpowiadać wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29.06.2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739);

- 5) dysponuje/my osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim i innym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2018 poz. 160).

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis z pieczętą imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)

### **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(podpis z pieczętą imienną, lub podpis czytelny osoby uprawnionej  
do reprezentowania Wykonawcy)