Szpital Powiatowy
w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul Miodowa 14
32 67 40 200
sekretariat@szpitalzawiercie.pl
www.szpitalzawiercie.pl

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Składając ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych na udzielanie całodobowych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań i zabiegów endoskopowych w Pracowni Endoskopii dla potrzeb Szpitala Powiatowego w Zawierciu

oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
2. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia.
3. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
4. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
5. Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
6. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy na świadczenie usług zdrowotnych i zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
7. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych we właściwym urzędzie skarbowym oraz składek na ubezpieczenia społeczne w ZUS.
8. Składając niniejszą ofertę zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia w pełnym zakresie opisanym w SWKO.

Na każde żądanie Udzielającego Zamówienia dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą. Ponadto zapewniam, że wszystkie dokumenty oraz przedstawione oświadczenia są zgodne z prawdą.

..... dnia .....

_____

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAWIERCIU
Piotr Zachariasiewicz