

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot konkursu:

Badania patomorfologiczne**Udzielający zamówienia:**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 467 , fax. (12) 644 01 44 ;

REGON: 000630161 ; NIP: 678 26 80 -028 ; KRS: 0000035552

Adres internetowy:

www.zeromski-szpital.pl

e-mail: dop@zeromski-szpital.pl

- 1.Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
- 2.Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń;
- 3.Oświadczam, że posiadam odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gwarantującą skuteczną ocenę materiału i spełniających standardy określone przez prawodawcę. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszego konkursu wykonywane będą przy użyciu sprzętu laboratoryjnego, zapewniającego wysoką, jakość uzyskiwanych wyników oraz posiadającego atesty i certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia;
- 4.Oświadczam, że dysponuję personelem o odpowiednich kwalifikacjach zgodnie z obowiązującymi przepisami do wykonywania świadczeń objętych niniejszym konkursem;
- 5.Oświadczam, że samochód przeznaczony do przewozu zwłok i szczątków ludzkich spełnia wymogi zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r., w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich;
- 6.Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu podpisania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych na czas trwania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne będące przedmiotem niniejszego konkursu, którego minimalna suma gwarancyjna wynosi co najmniej 100 000 zł.

Podpis(y):

l.p	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)		