**Załącznik nr 2 do SWKO**

………………………………………………………………..

*/pieczęć firmowa z pełną nazwą Przyjmującego zamówienie/*

**OŚWIADCZENIE**

W odpowiedzi na zaproszenie do udziału w konkursie ofert z zakresu:

**Świadczenia zdrowotne dla pacjentów**

**Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica**

**/badania histopatologiczne/**

oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2020.295 t.j. z dnia 2020.02.25) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia medyczne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu konkursowym, tj:

1. spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie objętym postępowaniem konkursowym oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiających ich realizację. Aparatura i sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty i a testy oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
2. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego,
3. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

Ponadto oświadczam, że:

1. wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z2019 r., poz. 1373) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób,
2. posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej/ zobowiązuję się do zawarcia właściwego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej\* oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres trwania umowy.

*\*Niepotrzebne skreślić*

…………………………….…………………….. ………………………………………………………..

*/miejscowość, data/ /Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/*