

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Drezdenku

ul. Piłsudskiego 8, 66-530 Drezdenko

NIP:281-006-95-79

Regon: 080396330

KRS:0000345177

Kontakt: Sekretariat tel.95-7639972/ fax 95-7620218,

Centrala tel.95-7620505/95-7620510

e-mail:sekretariat@szpital-drezdenko.pl

www.szpital-drezdenko.pl

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu

.....
NIP, REGON, KRS

Oświadczam, że:

1. Personel wskazany do realizacji zamówienia posiada(zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych, Dz. U. z 2019r. poz.834.) odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
3. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni.
4. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
5. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

Dokumenty załączone do formularza ofertowego:

1.
2.
3.
4.

.....
Miejsce i data

.....
Pieczęć i podpis