

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY LUB PEŁNOMOCNIKA WYKONAWCY  
o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu  
konkursowym na świadczenie usługi medycznej z zakresu badań laboratoryjnych**

Imię i Nazwisko/Firma Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

---

---

Adres Wykonawcy

---

---

oświadczamy, iż:

1. Posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. W ostatnich 3 latach przed upływem terminu składania ofert prowadziliśmy lub w obecnym czasie prowadzimy laboratorium diagnostyczne,
3. Zapoznaliśmy się z warunkami konkursu i w pełni je akceptujemy.
4. Oświadczam, że spełniamy wymagania określone w pkt. 6 warunków udziału w konkursie.
5. Oświadczamy, że posiadamy odpowiedni potencjał osobowy wymagany do wykonywania badań zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa w szczególności rozporządzeniu MZ dotyczącego wymagań medycznego laboratorium diagnostycznego (Dz. U. z 2004 r. nr 43, poz. 408)
6. Zobowiązujemy się, że w razie wybrania naszej oferty w terminie 7 dni od podpisania umowy we własnym zakresie i na swój koszt wyposażyć oraz przystosować wynajmowane laboratorium, tak aby spełniało ono wymogi medycznego laboratorium diagnostycznego określone przepisami prawa.
7. Oświadczamy, że laboratorium, z którego będziemy korzystać podczas przystosowywania laboratorium albo w czasie realizacji całej umowy znajdujących się na terenie Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka spełnia wymogi określone prawem dotyczące laboratorium diagnostycznego oraz są w stanie wykonywać badania wskazane w załączniku nr 4 do warunków konkursu przez 7 dni w tygodniu całodobowo.
8. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2020 r. poz. 295 z późn. zm.) i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

---

*Data i podpis(y)*