………………….. ***Załącznik nr 3***

Pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE O WPISACH DO REJESTRÓW**

1. Niniejszym oświadczamy, że jesteśmy podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*:
2. prowadzonego przez ……………………………………………………………………,

pod numerem .………………………………………… .

1. nie dotyczy
2. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani do\*:
3. Krajowego Rejestru Sądowego

pod numerem …………………………………….…….. .

1. nie dotyczy
2. Oświadczamy, że jesteśmy wpisani do\*:
3. Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej prowadzonego przez ………………………………………………………………..…
4. nie dotyczy

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta, oraz odpowiedzialnością karną wynikającą z art. 193 pkt 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2020.1398).

............................................................ .............................................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania oferenta)

*\*właściwe zaznaczyć*

………………….. ***Załącznik nr 3***

Pieczęć oferenta

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia opublikowanego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, dotyczącego konkursu w zakresie stanowiącym przedmiot oferty;
2. zapoznałam/łem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem konkursu;
3. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
4. zobowiązuję się do wykonywania świadczeń z należytą starannością, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy technicznej i analitycznej, zawartych w standardach określonych   
   w obowiązujących przepisach prawa oraz postanowieniami umowy;
5. zatrudniony przeze mnie personel posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe oraz spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach;
6. badania stanowiące przedmiot konkursu wykonywane będą na sprzęcie zapewniającym ich wysoką jakość i posiadającym certyfikaty dopuszczenia ich do obrotu;
7. zobowiązuję się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy, na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
8. uważam się za związaną/ym niniejszą ofertą w okresie 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert;
9. w przypadku wyboru oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy wg projektu załączonego do SWKO, do którego nie wnoszę zastrzeżeń, w terminie i miejscu wyznaczonym przez ogłaszającego konkurs;
10. wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, w celu uzyskania korzyści majątkowych,

............................................................ .............................................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis osoby uprawnionej do

reprezentowania oferenta)

………………….. ***Załącznik nr 3***

Pieczęć oferenta

**OŚWIADCZENIE**

Przystępując do konkursu ofert ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Uniwersytecki Szpital Kliniczny nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do posiadania i kontynuowania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania ich udzielania zgodnie z ustawą o działalności leczniczej. Jednocześnie zobowiązuję się do przedłożenia dowodu posiadania ubezpieczenia na każde żądanie Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.