**Załącznik nr 2** (załączyć do oferty)

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Przystępując do udziału w postępowaniu konkursowym pn. **Konkurs ofert na Świadczenie usług w zakresie diagnostyki obrazowej dla Szpitala w Dębnie** prowadzonego przez Szpital w Dębnie im. Świętej Matki Teresy z Kalkuty Sp. z o. o

* + - 1. Oświadczam, że jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991).
      2. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty posiadam ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. 2023.991) na kwotę minimum 350 000,00 euro na całość przedmiotu umowy oraz zobowiązuję się do jej posiadania przez cały okres trwania umowy.
      3. Oświadczam, że moja sytuacja finansowa pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
      4. Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej przedstawione przez Udzielającego zamówienie,
3. akceptuję projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej.

…………………………………..

(miejscowość, data)

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

Imię, nazwisko i podpis osoby lub osób figurujących w rejestrach uprawnionych do zaciągania zobowiązań w imieniu Wykonawcy lub we właściwym umocowaniu