

.....  
(pieczęć firmowa Wykonawcy)

Dotyczy:

świadczenia usług medycznych w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi i konsultacjami specjalistycznymi dla kandydatów do pracy i pracowników Zarządu Zieleni m. St. Warszawy

### OŚWIADCZENIE WYKONAWCY

Niniejszym oświadczam, że .....

- 1) posiada uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy i jest wpisana do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023r. poz. 991z późn. zm).
- 2) posiada zdolność objęcia usługą zdrowotną skierowanego Pracownika w ciągu 3 dni roboczych od chwili jego zgłoszenia się do placówki,
- 3) posiada co najmniej jedną własną placówkę zlokalizowaną na terenie miasta st. Warszawy zapewniającą świadczenie usług medycznych na zasadach szczegółowo opisanych w zapytaniu,
- 4) dysponuje bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych będących przedmiotem niniejszego zamówienia - pomieszczenia przeznaczone do realizacji zamówienia odpowiadają wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2022 r., poz. 402 t.j.),
- 5) dysponuje sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych będących przedmiotem zamówienia -sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji zamówienia odpowiada wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym przez Ministra Zdrowia w Rozporządzeniu z dnia 09 listopada 2018 r. (Dz. U. z 2018 poz. 2219).
- 6) dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim i innym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2023, r. poz. 991z późn. zm.),
- 7) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej pozwalającej na realizację zamówienia.

.....  
Data

.....  
podpis i pieczęć składającego oświadczenie  
(osoba/osoby uprawniona/e)

