**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**dotyczące konkursu ofert**

**na Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań limfoscyntygraficznych, scyntygraficznych i PET-CT**

**- nr K1/2025/DZP/B**

I. Dane Oferenta:

Informacje dotyczące Oferenta:

Imię i nazwisko lub zarejestrowana nazwa Oferenta:…………………………………

Zarejestrowany adres: …………………………………

Województwo: …………………………………………….

Numer telefonu: ………………………………………….

Adres email: ………………………………………………..

Numer NIP: …………………………………………………

Numer REGON: ……………………………………………

Numer KRS:………………………………………………….

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i Materiałami Informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Materiałach Informacyjnych i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że pomieszczenia i urządzenia w których realizowany będzie przedmiot Konkursu ofert spełniają wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2012, poz. 739).

*......................................................................... ..................................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*