

.....

(pieczęć Przyjmującego zamówienie)

Oświadczenie

Przystępując do postępowania o **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej na rzecz pacjentów zgłaszających się do udzielającego zamówienia, z nieokreśloną liczbą uprawnionych do świadczeń zdrowotnych, zamieszkałych w obszarze zabezpieczenia (miasto Terespol, gmina Terespol, gmina Biała Podlaska, miasto Biała Podlaska, gmina Janów Podlaski, gmina Kodeń, gmina Konstantynów, gmina Leśna Podlaska, gmina Łomazy, gmina Piszczac, gmina Rokitno, gmina Rossosz, gmina Sławatycze, gmina Sosnówka, gmina Tuczna, gmina Wisznice, gmina Zalesie) oraz innych zgłaszających się świadczeniobiorców spoza obszaru zabezpieczenia**

ja (imię i nazwisko)

reprezentując Przyjmującego Zamówienie

jako

- upoważniony na piśmie

- wpisany w rejestrze

- wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

w imieniu reprezentowanego przeze mnie Przyjmującego Zamówienie oświadczam, że osoby które będą uczestniczyć w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych posiadają uprawnienia zawodowe do ich wykonywania, zgodne z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz spełniają wymagania zawarte w *Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu* na zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne.

Miejscowość, data

.....

(pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie lub osoby upoważnionej)