

Załącznik Nr ..... do oferty

.....  
(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIE

### Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

„Świadczenia zdrowotne z zakresu patomorfologii”

DZP/ŚZ/4/2015

reprezentując .....

/pełna nazwa Wykonawcy/  
.....

- 1) Oświadczamy, że miejsce świadczenia usług znajduje się pod adresem:  
.....
- 2) Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie Konkursu.
- 3) Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu Konkursu i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
- 4) Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu.
- 5) Oświadczamy, że akceptujemy zapisy projektu umowy i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.
- 6) Dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia: tj.: posiadającymi odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe.
- 7) Dysponujemy pomieszczeniami oraz aparaturą i sprzętem medycznym umożliwiającymi realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badań patomorfologicznych.
- 8) Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
- 9) Nie wyrządziliśmy szkody, nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie.
- 10) Posiadamy polisę OC potwierdzającą, że jesteśmy ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.

....., dnia .....

Podpis (osoby/osób uprawnionych  
do reprezentowania Wykonawcy)

.....  
(pieczęć imienna lub firmowa)