**Załącznik Nr 2**

 do ogłoszenia o Konkursie Ofert

…………………………………………

 (Nazwa i adres oferenta – pieczęć)

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że jestem podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190, z późn. zm.).

2. Oświadczam, że podmiot leczniczy świadczy usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.

3. Oświadczam, że posiadam wykwalifikowany personel medyczny, uprawniony do wykonywania szczepień, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

4. Oświadczam, że dysponuję gabinetem zabiegowym lub punktem szczepień spełniającym wymogi techniczne, sanitarne i wyposażonym, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

5. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia
od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.

6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.

7. Oświadczam, że zobowiązuje się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy
w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia oraz dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań zawartych w konkursie ofert.

8. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez 30 dni licząc od terminu składania ofert.

…………………………………………. …………………………………………………………....

 (Miejscowość, data) (podpis i pieczątka oferenta lub osoby upoważnionej

 do reprezentowania oferenta)