Załącznik nr 4 do zaproszenia do składania ofert

Nazwa Wykonawcy: ..........................................

ulica: ........................ kod i miejscowość: ........................

NIP ........................... REGON ....................................

tel. ............................. mail: .............................................

adres do korespondencji ...................................................

*(jeżeli jest inny niż adres siedziby Wykonawcy)*

osoba do kontaktów w sprawie oferty:

.................................................................

*(imię i nazwisko przedstawiciela wykonawcy*

*upoważnionego do kontaktów w sprawie złożonej oferty)*

tel. .............................. mail: .............................................

**Zamawiający:**

**Akademia Wychowania Fizycznego**

**im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**

**ul. Mikołowska 72a, 40 – 065 Katowice**

**OŚWIADCZENIE O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby zapytania ofertowego na **Świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej krwi, przeprowadzenia badań lekarskich oraz interpretacji wyników dla kandydatów i uczestników badań naukowych Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach** o sygnaturze **ZSO/22/2022** prowadzonego przez Akademię Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**:**

Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu, o których mowa w pkt 4 Zaproszenia do składania ofert, tj.:

1. Jestem zarejestrowany w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonym przez właściwy urząd wojewódzki, zgodnie z art. 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. (Dz.U. z 2022 r., poz. 633 z późn. zm.) i posiadam w swojej strukturze komórkę diagnostyczno-zabiegową;

2. Dysponuję lekarzem specjalizacji neurologicznej, figurującym w rejestrze Naczelnej Izby Lekarskiej, jako aktywny zawodowo, który wykona badania w zakresie kwalifikacji neurologicznej do badań EEG oraz EEG Biofeedback, interpretacji wyników EEG i EEG Biofeedback.

3. Oświadczam, iż usługa będzie wykonywana na terenie miasta Katowice pod adresem ................ przy ul. .........................., ....... (kod).

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

…………………………………………………………

*(podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne   
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r.

………………………………………….……

*(podpis Wykonawcy lub osoby upoważnionej*

*do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)*