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 SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Na potrzeby zapytania ofertowego na **Świadczenie usług medycznych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej krwi oraz interpretacji wyników dla kandydatów i uczestników badań naukowych Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach**

o sygnaturze **ZSO/38/2022** 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.) pod nr …………… .

2. Oświadczam, iż składam ofertę, jako podmiot instytucjonalny/osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą\*

*\*niewłaściwe skreślić*

3. Oświadczam, iż wyrażam zgodę, aby usługa była realizowana w siedzibie Zamawiającego;

3. Posiadam/dysponuję osobą skierowaną do realizacji zamówienia, która posiada\*(*niewłaściwe skreślić)*:

 - minimum roczne doświadczenie w wykonywaniu iniekcji domięśniowych (np. z solą fizjologiczną)

 - minimum roczne doświadczenie pracy z pacjentami doświadczającymi bólu

 - umiejętność posługiwania się USG

 - znajomość metod badania krzywizn kręgosłupa oraz badań fizykalnych (testy takie jak: wizualne oględziny, test Adamsa zgięcia w przód [Adams Forward Bend Test]).

…………….……. *(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)*