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, opieki ratownika medycznego, przeprowadzenia badań lekarskich oraz interpretacji wyników dla kandydatów i uczestników badań naukowych dla Akademii Wychowania Fizycznego im. Jerzego Kukuczki w Katowicach** o sygnaturze **ZSO/45/2023** 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 2023 r., poz. 991 z późn. zm.) pod nr ………………
i posiadam w swojej strukturze komórkę diagnostyczno-zabiegową;

2. Badania dopplerowskie i ich interpretacja przeprowadzona zostanie wyłączenie przez lekarza radiologa, figurującego w rejestrze Naczelnej Izby Lekarskiej jako aktywny zawodowo;

3. Badania elektrokardiograficzne i interpretacja przeprowadzona przez lekarza medycyny rodzinnej;

4. Osoba skierowana do wykonania poboru krwi posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe zgodnie z wykazem z ustawy z dnia 15 września 2022 r. o o medycynie laboratoryjnej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 2125 z późn. zm.) oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2004 r. w sprawie wykazu zabiegów i czynności polegających na pobraniu od pacjenta materiału do badań laboratoryjnych;

5. Ratownik medyczny skierowany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe zgodnie z ustawą z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. z 2023 r. poz. 1541 z późn. zm.);

6. Oświadczam, iż usługi diagnostyki laboratoryjnej i badań lekarskich będą wykonywane na terenie miasta Katowice pod adresem ................, 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)*