Załącznik nr 2 do Formularza oferty

**Zleceniodawca:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy SPZOZ**

**09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

**Oferent:**

………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Oferenta**

**składane w związku z przystąpieniem do drugiego konkursu ofert dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań specjalistycznych na rzecz pacjentów objętych opieką zdrowotną przez MWOMP SPZOZ w Płocku Oddział w Radomiu przy   
ul. Rodziny Winczewskich 5.**

Oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OFERENTA:**

1. Oświadczam, że **spełniam** **warunki udziału w konkursie** określone przez Zleceniodawcę.
2. Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego oraz wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie tych faktów znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (należy zaznaczyć):

* <https://ems.ms.gov.pl> – numer rejestru KRS ………………………………..\*
* <https://prod.ceidg.gov.pl> \*

1. Oświadczam, iż działalność podmiotu leczniczego zarejestrowana jest w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem …………………………………………………\*, nazwa komórki organizacyjnej ………………………….\*, Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - ……….\*

**\*odpowiednie zaznaczyć i wypełnić**

………………………………………

*podpis osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*