**Załącznik nr 2 do SWKO** (załączyć do oferty)

**nr postępowania 2/KO/2023**

**Wykonawca:**

|  |
| --- |
|  |

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

reprezentowany przez:

|  |
| --- |
|  |

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

Przystępując do udziału w postępowaniu konkursowym pn. **Konkurs ofert na udzielanie przez lekarzy dla pacjentów Szpitala Powiatowego im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie świadczeń zdrowotnych z zakresu teleradiologii polegających na wykonywaniu opisów badań diagnostyki obrazowej poprzez zdalne opisy badań tomografii komputerowej i badań rentgenowskich, nr postępowania 2/KO/2023** prowadzonego przez Szpital Powiatowy im. Alfreda Sokołowskiego w Złotowie,oświadczam, co następuje:

Oświadczam, że personel lekarski w ilości minimum 10 osób, który będzie realizował świadczenia zdrowotne objęte konkursem ofert, posiada odpowiednie uprawnienia w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu ofert.

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

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

UWAGA: Należy podpisać elektronicznym kwalifikowanym podpisem.