Załącznik nr 9 do SWZ

Nr sprawy 3/ZDR/2024

**Zamawiający:**

**10 BRYGADA LOGISTYCZNA**

**45 – 820 Opole,**

**ul. Domańskiego 68**

**Wykonawca:**

…

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

reprezentowany przez:

…

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

**Oświadczenie wykonawcy**

**DOTYCZĄCE POTWIERDZENIA POSIADANIA UPRAWNIEŃ**

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego pn. „usługi wykonywania badań lekarskich.”, nr sprawy 3/ZDR/2024, prowadzonego przez 10 Brygadę Logistyczną, oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE WYKONAWCY\*:**

Oświadczam/y, że posiadamy/y uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia i wykazuje/my się aktualnym odpisem rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lub Wojewodę właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego i podaję/my numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ………………………………………….…..

Potwierdzam/y, że Wykonawca posiada uprawnienia dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2024, poz. 799, z późn. zm.).

Oświadczam/y, że posiadam/y gabinety, w których będą wykonywane usługi medyczne, obiekt oraz urządzenia i sprzęt medyczny wykorzystywane do przeprowadzania badań spełniają standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 ze zm.) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2024 r., poz. 799 ze zm.)

**OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODWYKONAWCY/ZASOBÓW TRZECICH\*\*:**

Oświadczam/y, że wskazani Podwykonawcy/Zasoby trzecie posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności zawodowej objętej przedmiotem zamówienia i wykazują się aktualnym odpisem rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej prowadzonej przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej lub Wojewodę właściwego ze względu na siedzibę podmiotu leczniczego i podaję/my numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz potwierdzam/y, że Podwykonawcy/Zasoby trzecie posiada/ją uprawnienia dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023, poz. 991, z późn. zm.).

**\* - Niniejsze oświadczenie wypełnia Wykonawca, w przypadku oferty wspólnej oddzielnie każdy z Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia.**

**\*\* - Wykonawca w niniejszym oświadczeniu podaje numer wpisu Podwykonawcy/Zasobów trzecich do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą..**

*Uwaga! Oświadczenie należy podpisać:*

*kwalifikowanym podpisem elektronicznym*

*lub podpisem zaufanym*

*lub elektronicznym podpisem osobistym*

*(osoby lub osób uprawnionych do zaciągania zobowiązań*

*cywilno-prawnych w imieniu Podmiotu)*