Załącznik nr 1 do formularza oferty

**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 konkursu ofert na wykonywanie w 2024 roku badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich z terenu województwa mazowieckiego, którzy w trakcie praktycznej nauki zawodu lub studiów są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia,**

Oświadczam, co następuje:

1. **OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OFERENTA\*:**
2. Oświadczam, że **spełniam** **warunki udziału w konkursie** określone przez Zleceniodawcę.
3. 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 - …………………….….\*
2. Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego w formie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową radę lekarską – pod numerem ………………………………..\*
3. Oświadczam, że nie podlegamy wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**\*odpowiednie zaznaczyć i wypełnić**

1. **INFORMACJA W ZWIĄZKU Z POLEGANIEM NA ZASOBACH INNYCH PODMIOTÓW LECZNICZYCH:**

Oświadczam, że w celu realizacji przedmiotowych świadczeń polegam na zasobach następujących podmiotów leczniczych/lekarzy (np. konsultacje: okulistyczna, neurologiczna, laryngologiczna, badania diagnostyczne: audiometryczne, spirometria, EKG i badania laboratoryjne)

…………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

***(wskazać podmiot i określić odpowiedni zakres dla wskazanego podmiotu).***

Jednocześnie oświadczam, iż ww. podmioty lecznicze spełniają warunki określone przez Zleceniodawcę w formularzu oferty i w projekcie umowy.

1. **OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:**

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

…………….……. *(miejscowość),* dnia …………………. r. …………………………………………

*(podpis)*