



**Regionalne Centrum  
Naukowo-  
Technologiczne**

Podzamcze 45  
26-060 Chęciny  
tel. (41) 343 40 50  
faks (41) 307 44 76  
www.rcnt.pl  
[sekretariat@rcnt.pl](mailto:sekretariat@rcnt.pl)

**DPI.272.09.14.2021**

**Załącznik nr 2**

.....  
(pieczętka oferenta)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**Oświadczam, że jako Wykonawca:**

1. Zapoznałem/am się, ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie zgłaszam zastrzeżeń oraz akceptuję projekt umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
2. Zakład posiada uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
3. Zakład posiada uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności.
4. Zakład posiada niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuje osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
5. Zakład spełnia wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia.
6. Zakład znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
7. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / OC / na minimalną kwotę gwarantowaną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) albo zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC, o której mowa powyżej, na dzień podpisania umowy.
8. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

.....  
data i podpis oferenta