

.....
(pieczęć Oferenta)

OŚWIADCZENIE O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Ja (My), niżej podpisany (ni)działając w imieniu i na rzecz

.....
(pełna nazwa Oferenta)

.....
(adres siedziby Oferenta)

REGON..... NIP

nr telefonu nr faxu e-mail

w odpowiedzi na zaproszenie w ramach zapytania ofertowego pn. **„Świadczenie usług w zakresie medycyny pracy na rzecz osób bezrobotnych oraz pracowników Powiatowego Urzędu Pracy w Koszalinie”** oświadczam(my), że Oferent, którego reprezentuję(jemy):

a) posiada wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą zgodnie z wymogami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)

b) jest zarejestrowany w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy zgodnie z wymogami ustawy z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz. U. z 2019 r., poz. 1175)

c) dysponuje co najmniej 1 osobą posiadającą odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje

(.....
.....)

Imię i nazwisko lekarza medycyny pracy, który będzie uczestniczył w realizacji przedmiotu zamówienia

....., dnia

.....
podpis(y) osób uprawnionych do reprezentacji Oferenta