Załącznik nr 2

Konkurs nr DZ.4240.3.2024

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Pełna firma Oferenta: …………………………………………………………………………………………………..

Adres Oferenta:…………………………………………………………………………….................................

Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym: ………………………..

Nr tel. …………………………………………………………………………………………………………………………

E-mail: ……………………………………………………………………………………………………………………….

Niniejszym **oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie, regulaminem konkursu i załącznikami   
   do regulaminu, na świadczenie usług medycznych w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielana w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. świadczeniobiorców i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki udziału w konkursie ofert na świadczenie usługi medycznej w zakresie świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielana w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorcy na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tys. Świadczeniobiorców
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy w wyznaczonym miejscu i terminie przez Zamawiającego, wg wzoru umowy (załącznik nr 4 do regulaminu).
4. Oświadczam, że posiadam / nie posiadam\* udokumentowane doświadczenia w realizacji świadczeń w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej za okres 12 miesięcy na kwotę minimum 0,5 mln
5. W trakcie realizacji umowy minimalna liczba osób udzielających świadczeń, wyniesie ………. *(proszę wpisać liczbę osób)* osób.

……………., dnia …………………………….. ………………………………………

*Miejscowość, data podpis osoby upoważnionej*