***........................, dnia ......... .......... 2020r.***

Pieczęć lub pełna nazwa i kompletny adres

z nr telefonu kontaktowego oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**o załącznikach**

  Oświadczam, że do oferty złożonej w Konkursie nr ***18/06/2020*** na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie powyższych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

***................................................................................................................................***

i **nie dołączam** do niej poniższych dokumentów:

1. dyplom lekarza,
2. prawo wykonywania zawodu
3. dyplom specjalisty/ dyplom specjalisty .... stopnia
4. NIP, REGON lub wydruk z CEiDG\*,
5. wpis do rejestru OIL/wpis do centralnego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą \*
6. wpis do KRS / ewidencji działalności gospodarczej – wydruk z CEiDG\*
7. polisa OC\*

zostały złożone Udzielającemu Zamówienia w postępowaniu Nr **..................** dotyczącym świadczeń ***...............................................................................,***  a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień złożenia oferty.

Wnioskuję jednocześnie o wykorzystanie przez Udzielającego Zamówienia ww. dokumentów do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego nr 18/06/2020 i zawarcia umowy.

W okresie obowiązywania umowy będę miał zawartą umowę ubezpieczenia OC zgodnie z wymogami obowiązujących aktów prawnych oraz SWKO.

.......................................................................  
podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania oferenta