***........................, 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 ***39/12/2020*** na udzielanie świadczeń zdrowotnych w komórkach działalności leczniczej Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zgłaszam swoją ofertę na udzielanie powyższych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

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

1. dyplomy i certyfikaty kwalifikacyjne, potwierdzające posiadanie uprawnień i kwalifikacji do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania, o których mowa w rozdziale VII ust. 1 pkt 5, 6 SWKO,
2. zaświadczenie o nadaniu NIP, REGON lub wydruk z CEiDG\*/ rejestru przedsiębiorców KRS,
3. dokument potwierdzający wpis do centralnego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*
4. polisa OC\*,

ponieważ 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 39/12/2020 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