***........................, dnia ......... .......... 2021r.***

Pieczęć lub pełna nazwa i kompletny adres

z nr telefonu kontaktowego Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**o załącznikach**

  Oświadczam, że do oferty złożonej w Konkursie nr ***19/06/2021*** 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 pielęgniarki, magistra lub licencjata pielęgniarstwa,
2. prawo wykonywania zawodu,
3. NIP, REGON lub wydruk z CEiDG\*/ rejestru przedsiębiorców KRS,
4. wpis do rejestru pielęgniarek i rejestru położnych / podmiotów wykonujących działalność leczniczą
5. wpis do KRS / ewidencji działalności gospodarczej – wydruk z CEiDG\*
6. 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 19/06/2021 i zawarcia umowy.

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

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