***Zał. nr 5 do Zaproszenia***

**Znak sprawy: KZA-4/22/RH/2024**

Nazwa Wykonawcy:

.............................................................................

Adres:

.............................................................................

Tel: ......................................................................

PESEL: ………………………………………….

REGON: ........................ NIP: ..............................

Fax i Mail \*(na który Zamawiający ma przesyłać korespondencję)

.............................................................................

Osoba do kontaktów: …………………………………

**Dotyczy postępowania pn.:** **„Świadczenie usług z zakresu medycyny pracy dla Pracowników Politechniki Lubelskiej”**

**Oświadczenie Wykonawcy**

**Spełniając wymagany przez Zamawiającego warunek udziału w przedmiotowym postępowaniu oświadczam, że:**

1. posiadam przewidziane prawem uprawnienia do wykonywania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej działalności leczniczej w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.),
2. dysponuję gabinetami, w których będą wykonywane usługi medyczne, obiekt oraz urządzenia i sprzęt medyczny wykorzystywane do przeprowadzania badań spełniają standardy określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019r.  
   w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia  
   i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595 ze zm.) oraz w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz. U. z 2020 r., poz. 295 ze zm.),
3. dysponuję osobami, które będą uczestniczyć w wykonywaniu zamówienia posiadającymi wymagane odpowiednimi przepisami prawa uprawnienia do wykonywania zamówienia.

................................................................

......................dn. ........................... Imię i nazwisko osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy