

## OŚWIADCZENIA WYKONAWCY

Wykonawca:

.....

.....  
**(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL oraz KRS/CEiDG)**

Na potrzeby procedury zapytania ofertowego na „wykonywanie scyntygrafii kości w ramach programu lekowego” - znak sprawy BSU/23/2022, prowadzonego przez Szpital Grochowski im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o., oświadczam(y) w imieniu Wykonawcy (określonego powyżej), co następuje:

1. Wykonawca posiada niezbędne uprawnienia do wykonywania scyntygrafii kości.
2. Wykonawca gwarantuje, że posiada niezbędny personel do realizacji usługi na najwyższym poziomie i w terminach określonych w umowie.
3. Wykonawca posiada co najmniej dwie sprawne gammakamery (spełniające wymagania techniczne do wykonywania badań) w chwili przystąpienia do wykonywania świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia.
4. Wykonawca posiada wykupioną polisę OC lub inny dokument potwierdzający, że jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem umowy.
5. Wykonawca posiada doświadczenie w realizacji (wykonywaniu) usług z zakresu medycyny nuklearnej.

.....

podpis

*Zaufaj nam - będziesz pod opieką i fachową opieką!*