**BSU/42/2024 Załącznik nr 5 do Zapytania ofertowego**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że:

…………………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa Wykonawcy)*

…………………………………………………………………………………………………

*(adres Wykonawcy)*

**spełnia warunki udziału w zapytaniu ofertowym, tj.:**

* 1. jest uprawniony do wykonywania w pełnym zakresie usług medycznych, o których mowa w art. 229 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy i spełnia warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy oraz zadań określonych ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy;
  2. jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń objętych zakresem zamówienia;
  3. zapewni wykonywanie badań przez personel lekarski, pielęgniarski i inny posiadający wszelkie niezbędne w tym zakresie uprawnienia i kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami i przyjmuje   
     na siebie pełną odpowiedzialność za jakość wykonywanych usług medycznych;
  4. zapewni realizację usług medycznych w placówce lub placówkach medycznych zlokalizowanych na terenie miasta stołecznego Warszawy, z których co najmniej jedna będzie znajdowała się   
     nie dalej niż **w odległości do 5 km od siedziby Zamawiającego**, tj. ul. Grenadierów 51/59,   
     04-073 Warszawa,

oraz :

1. ponosi pełną odpowiedzialność cywilną i karną za szkodę wyrządzoną kandydatowi do pracy lub pracownikowi Zamawiającego w trakcie wykonywania badań lekarskich;
2. ponosi całkowitą odpowiedzialność za używanie leków, materiałów medycznych i stosowanych procedur medycznych. Wszelkie materiały potrzebne do świadczenia usług medycznych zapewni Wykonawca na koszt własny;
3. zapewni pomieszczenia, w których realizowane będą usługi medyczne, wyposażone w aparaturę i sprzęt medyczny posiadający stosowne certyfikaty, atesty lub inne dokumenty potwierdzające, że:
4. aparatura i sprzęt medyczny dopuszczone są do użytku,
5. pomieszczenia odpowiadają wymaganiom określonym w obowiązujących przepisach, w tym ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2024 r. poz. 799) oraz wydanym na jej podstawie rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tj. Dz.U. z 2019 r. poz. 595).

|  |  |
| --- | --- |
|  | ………………………………………………………… |
|  | *(miejscowość, data i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy*) |