

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że*:

- 1) Kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
 - a) kopię dyplomu ukończenia uczelni medycznej lub innej uczelni wyższej z tytułem magistra,
 - b) kopię dyplomu specjalizacji I lub II stopnia lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty (jeżeli do udzielania świadczeń zdrowotnych w danym zakresie jest wymagana),
 - c) kopię karty specjalizacyjnej w przypadku rozpoczęcia specjalizacji, inne dokumenty potwierdzające doświadczenie i uprawnienia zawodowe / certyfikaty, zaświadczenia, dyplomy itd./,
 - d) kopię prawa wykonywania zawodu;
- 2) W przypadku lekarzy kopię zezwolenia na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej oraz wpisu do rejestru praktyk lekarskich;
- 3) W przypadku lekarzy, pielęgniarek i fizjoterapeutów- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 4) W przypadku fizjoterapeutów – zaświadczenie o wpisie do Krajowej Izby Fizjoterapeutycznej,
- 5) Kopię zaświadczenia o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 6) Kopię orzeczenia o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy;
- 7) Kopię orzeczenia lekarskiego do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- 8) Kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr NIP
- 9) Kopię dokumentu potwierdzającego uzyskanie nr REGON;
- 10) Kopię polisy OC

Przekazałem/łam do siedziby WCZ w innych postępowaniach poprzedzającym zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne organizowanych przez Dyrektora WCZ SPZOZ.

.....

data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli