

.....
/miejscowość i data/

.....
(nazwę i adres Oferenta)

Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty

Lp.	Imię i nazwisko	Tytuł Zawodowy	Kwalifikacje

.....
podpis Oferenta lub osoby upoważnionej

Załącznik nr 2 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/17/2019)

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US

Oświadczam, że:

.....
(proszę wpisać nazwę oferenta)

jako podmiot prowadzący działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego:

1. rozliczam się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
2. zgłosiłem działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

* proszę niepotrzebne skreślić

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 2 – w zakresie BHP, PPOŻ, medycyna pracy

1. Oświadczam, że posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
2. Oświadczam, że posiadam aktualne szkolenie BHP, PPOŻ.
3. Oświadczam, iż w momencie podpisania umowy dostarczę aktualne zaświadczenie o zdolności do wykonywania świadczeń wydane przez uprawnionego lekarza medycyny pracy

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

* proszę niepotrzebne skreślić

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 2
– dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów (podwykonawców)
w celu realizacji zamówienia

Oświadczam, że personel wytypowany do udzielenia przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

- ✓ prowadzi działalność gospodarczą zgodnie z przepisami prawa polskiego i posiada wpis do właściwego rejestru;
- ✓ rozlicza się z odpowiednim Urzędem Skarbowym z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;
- ✓ zgłosił(a) działalność gospodarczą w odpowiednim Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego i/lub* ubezpieczenia zdrowotnego na podstawie obowiązujących przepisów z należności otrzymanej z tytułu wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia;

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej

* proszę niepotrzebne skreślić

Załącznik nr 4 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/17/2019)

.....
/miejscowość i data/

Oświadczenie nr 3
– dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników
w celu realizacji zamówienia

Oświadczam, że personel wytypowany do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych tj. Pani/Pan:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.

jest zatrudniony w
(proszę wpisać nazwę oferenta)
na podstawie umowy o pracę.

.....
podpis oferenta lub osoby upoważnionej