

**Załącznik nr 3 do oferty (konkurs nr SPZOZ/ŚZ/59/2019)**

.....  
/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