

Nr zam.: OP.2711.135.2026.BK.

**Wykonawca:**

.....  
(pełna nazwa/firma)

.....  
(adres)

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY  
O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

Wobec złożenia oferty w postępowaniu na: „**Badania lekarskie dla bezrobotnych i poszukujących pracy**” oświadczam/oświadczamy\*, że spełniam/spełniamy\* warunki dotyczące:

**1. posiadania uprawnień do wykonywania określonej działalności lub czynności, tj.:**

posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności leczniczej, w tym wykonywania zadań służby medycyny pracy i jesteśmy wpisani do właściwego rejestru, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz.799 ze zm), tj. **posiadamy wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** prowadzonego przez wojewodę właściwego dla siedziby albo miejsca zamieszkania podmiotu leczniczego;

**2. dysponowania odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj.:**

a. posiadamy co najmniej jedną placówkę na terenie miasta Krakowa, zapewniającą świadczenie usług medycznych na zasadach szczegółowo opisanych w opisie przedmiotu zamówienia oraz wzorze umowy, bez barier architektonicznych umożliwiających osobom niepełnosprawnym udział w badaniach, bez względu na ich zakres łącznie z pobraniem próbek do badań sanitarno-epidemiologicznych.

b. dysponujemy bazą lokalową, gwarantującą pełen zakres usług medycznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia oraz wzorze umowy. Pomieszczenia przeznaczone do realizacji zamówienia odpowiadają wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.), wyposażone w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny, bez barier architektonicznych umożliwiających osobom niepełnosprawnym udział w badaniach, posiadające opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnianiu warunków wymaganych przy udzielaniu określonych świadczeń zdrowotnych, zgodnych z właściwymi przepisami, w szczególności: ustawą z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 437 ze zm.), ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.), rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.).

c. dysponujemy sprzętem medycznym niezbędnym do wykonania pełnego zakresu usług medycznych określonych w opisie przedmiotu zamówienia oraz wzorze umowy. Sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji zamówienia odpowiada wymogom pod względem fachowym i sanitarnym określonym w szczególności w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z

2022 r. poz. 402 ze zm.)

d. dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, tj. personelem lekarskim, pielęgniarskim i innym, posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 799 ze zm.).

.....

**UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ  
KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRO-  
NICZNYM LUB PODPISEM ZAUFANYM LUB  
PODPISEM OSOBISTYM OSOBY/OSÓB  
UPRAWNIONYCH/UPOWAŻNIONYCH DO  
REPREZENTOWANIA WYKONAWCY.**

Dopuszczalne jest także złożenie scanu podpisanych dokumentów (forma dokumentowa) na adres:  
[kraus@gupkrakow.pl](mailto:kraus@gupkrakow.pl)

*\* niepotrzebne skreślić*