

Warszawa, dnia

Oświadczenie Oferenta

Dotyczy konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Narodowym Instytucie Kardiologii Stefana Kardynała Wyszyńskiego - Państwowego Instytutu Badawczego w Warszawie, przy ul. Alpejskiej 42** w zakresie kardiochirurgii i transplantologii.

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa Oferenta
Adres z kodem
2. tel.: e-mail:
3. NIP REGON PESEL
4. Zarejestrowanym pod numerem w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą tj.
oraz pod numerem
w rejestrze

Oświadczam, że:

- przy wchodzeniu oraz przy opuszczaniu siedziby Udzielającego zamówienie, zobowiązuję się do rejestrowania wejść i wyjść z siedziby od Udzielającego Zamówienia przy użyciu karty udostępnionej przez Udzielającego Zamówienie, poprzez jej zbliżenie do terminali „Wejście”/”Wyjście” rozmieszczonych w ciągach komunikacyjnych budynków Udzielającego Zamówienia.

Rejestracja ta służy wyłącznie potwierdzaniu obecności na terenie obiektu Udzielającego Zamówienia w celu zabezpieczenia bezpieczeństwa pacjentów oraz mienia Udzielającego zamówienia. Ewidencja ta nie stanowi ewidencji czasu pracy, nie służy kontroli czasu ani sposobu wykonywania świadczeń oraz nie wpływa na samodzielność Przyjmującego Zamówienie w zakresie organizacji udzielania świadczeń zdrowotnych.

*podpis osoby umocowanej
do reprezentowania Oferenta*