

**Zleceniodawca:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny  
Pracy SPZOZ  
09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

**Oferent:**

.....

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od  
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

**reprezentowany przez:**

.....

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do  
reprezentacji)*

**Oświadczenie Oferenta**

**składane w związku z przystąpieniem do konkursu ofert dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, na prowadzenie w 2026 r. ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową dla osób z terenu województwa mazowieckiego.**

Oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OFERENTA:**

1. Oświadczam, że **spełniam warunki udziału w konkursie** określone przez MWOMP.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego oraz wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie tych faktów znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (należy zaznaczyć):  
☐ <https://ems.ms.gov.pl> – numer rejestru KRS .....\*  
☐ <https://prod.ceidg.gov.pl> \*
4. Oświadczam, iż działalność podmiotu leczniczego zarejestrowana jest w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem .....\*, nazwa komórki organizacyjnej .....\*, Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - .....\*
5. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**\*odpowiednie zaznaczyć i wypełnić**

.....

*podpis osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*