



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego K/U/1/2026

..... dnia 2026r.

.....
.....
.....
.....

(Nazwa i adres Wykonawcy)

Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu

Przystępując do postępowania nr K/U/1/2026 o udzielenie zamówienia zgodnie z zasadą konkurencyjności na „Świadczenie usług zdrowotnych przez lekarza w hospicjum domowym dla dzieci”

Ja, niżej podpisany, oświadczam że spełniamy warunki ubiegania się o zamówienie, tj.:

1. posiadam czynne prawo wykonywania zawodu lekarza oraz odpowiednie kwalifikacje/ dysponuję osoba, które posiadają czynne prawo wykonywania zawodu lekarza oraz odpowiednie kwalifikacje określone w zapytaniu ofertowym;
2. posiadam ważne na dzień składania oferty ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych;
3. że jestem/reprezentowany przeze mnie podmiot jest, wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numer..... Nie dotyczy osób fizycznych nie prowadzących prywatnej praktyki lekarskiej.;
4. nie podlegam wykluczeniu z udziału w postępowaniu;
5. oferent, a w przypadku podmiotu leczniczego osoba mająca wykonywać niniejsze zamówienie nie jest skazana za przestępstwa, o których mowa w zapytaniu ofertowym;
6. zapoznałam/em się z treścią Zapytaniem Ofertowym i projektem umowy na wykonanie usług w ramach zadania i przyjmuję te dokumenty bez zastrzeżeń;



Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego K/U/1/2026

7. nie zalegam/y z opłacaniem podatków we właściwym Urzędzie Skarbowym/ uzyskałem/liśmy przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;
8. nie zalegam/y z opłacaniem składek we właściwym Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych/ uzyskałem/liśmy przewidziane prawem zwolnienie, odroczenie lub rozłożenie na raty zaległych płatności lub wstrzymanie w całości wykonania decyzji właściwego organu;

.....

Podpis

Ponadto oświadczam, że: dot. tylko podmiotu leczniczego

1. podmiot leczniczy, znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej, zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia w terminie przewidzianym w zapytaniu ofertowym oraz u którego nie zachodzą przesłanki do wszczęcia postępowania upadłościowego i likwidacyjnego;
2. w stosunku do reprezentowanego przeze mnie podmiotu leczniczego **nie zachodzą** żadne z poniższych okoliczności:
 - zarządzanie jego aktywami przez likwidatora lub sąd,
 - zawarcie układu z wierzycielami,
 - jego działalność gospodarcza jest zawieszona,
 - inna tego rodzaju sytuacja wynikająca z podobnej procedury przewidzianej w przepisach miejsca wszczęcia tej procedury
3. podmiot leczniczy nie figuruje w Krajowym Rejestrze Długów ani w żadnym innym rejestrze długów;

.....

Podpis



Fundusze Europejskie
dla Świętokrzyskiego



Rzeczpospolita
Polska

Dofinansowane przez
Unię Europejską



WOJEWÓDZTWO
ŚWIĘTOKRZYSKIE

Załącznik nr 2 do zapytania ofertowego K/U/1/2026