##### Załącznik nr 2 ..............................

## data, miejscowość

Konkurs ofert nr 22/KŚZ/25

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

###### Szpital Miejski w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.

ul. Wincentego Lipa 2, 41-703 Ruda Śląska

### DOTYCZY:

**Konkurs ofert nr 22/KŚZ/25 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Oddziału Chorób Wewnętrznych Szpitala Miejskiego w Rudzie Śląskiej Sp. z o.o.**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że:
2. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie;
3. zapoznałem się z regulaminem konkursu ofert oraz wszystkimi załącznikami;
4. uważam się za związanego postanowieniami regulaminu konkursu oraz załączników;
5. akceptuję „Wzór umowy” określony w załączniku 3 w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się zawrzeć z Udzielającym zamówienia umowę wg postanowień w nim zawartych;
6. uzyskałem konieczne informacje do przygotowania oferty;
7. spełniam warunki, o których mowa w art. 18 ust. 1 pkt. 1, 2, 4 i 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, a w przypadku wykonywania działalności leczniczej jako indywidualnej specjalistycznej praktyki również art. 18 ust. 2 pkt 2 wyżej wymienionej ustawy;
8. w związku z wykonywaniem przeze mnie działalności gospodarczej spełniam i wypełniam wszelkie wymogi obowiązujących przepisów prawa w szczególności w zakresie zgłoszenia wymaganych danych do stosownych wykazów i rejestrów urzędowych;
9. nie podlegam 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 (t.j. Dz.U. z 2024 r. poz. 507 z późn. zm.).

……………………………………………………………..

Podpis wraz z pieczęcią

osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta