# Załącznik Nr 3 do SWKO o udzielenie zamówienia, na świadczenie opieki zdrowotnej, w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego w DPD w Myszkowie

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

(miejscowość, data)

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta ..........................................................................................................

**Oświadczenie o spełnieniu wymogów w zakresie postępowania konkursowego**

Oświadczam, że:

□ Prawo wykonywania zawodu

□ Dyplom ……………………………………………………………………………………..

□ Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą o prowadzeniu działalności w formie indywidualnej specjalistycznej/indywidualnej praktyki lekarskiej,

□ NIP, REGON lub wydruk z CEIDG

□ inne ……………………………………………………………………

zostały złożone do Udzielającego zamówienie w poprzednich postępowaniach konkursowych i są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

…..................................................................................

*Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*

\*Właściwe zakreślić wstawiając X