

DANE WYKONAWCY:

Pełna nazwa

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

Adres:

.....
.....

Tel.....Fax.....e-E-mail.....

Dot. usług stwierdzenia zgonu i wystawienia karty zgonu osób zmarłych w miejscach publicznych na terenie powiatu nowotomyskiego w przypadku, gdy nie będzie można ustalić lekarza podstawowej opieki zdrowotnej sprawującego opiekę medyczną nad zmarłym lub lekarza leczącego chorego w ostatniej chorobie odpowiadającego za stwierdzenie zgonu.

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że:

a) posiadam status podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) oraz zapewnię całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia *

lub/ i

b) posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie kraju, prowadzę działalność gospodarczą, o której mowa w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) oraz zapewnię całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia.

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpisy Wykonawcy lub osób uprawnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)