

DANE WYKONAWCY:

Pełna nazwa

.....
.....

Adres

.....
.....

Tel......*Fax.*.....*e-mail*.....

Dotyczy świadczenia 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 Wykonawcy.

Oświadczam, że:

a) posiadam status podmiotu leczniczego, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) i zapewnię całodobowy dyżur lekarza, który wykona czynności będące przedmiotem zamówienia*

i/lub

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 (tj. Dz. U. z 2018 r., poz. 2190 z późn. zm.) oraz zapewnię całodobowe wykonywanie czynności będących przedmiotem zamówienia*

* - niepotrzebne skreślić

.....
miejsowość, data

.....
podpisy Wykonawcy lub osób uprawnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy