



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2, tel. 62 588 03 90 fax. 62 588 04 02  
Nr KRS: 000 000 2750 NIP: 621-15-36-551 REGON: 000310226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl) internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej  
i wrażliwość na problemy naszych pacjentów.”

*Załącznik nr 4a do  
szczegółowych warunków  
konkursu ofert*

---

Dane Oferenta

### ***Oświadczenie Oferenta***

#### ***W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na***

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej  
drogą teleradiologii  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie IV**

*Oświadczam iż:*

*- posiadam aparaturę i sprzęt zgodny z atestami dopuszczającymi do użytku w Polsce  
oraz spełniający wymagania NFZ*

.....  
***(data, miejscowość)***

.....  
***(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych  
do reprezentowania Oferenta)***



Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
63-700 Krotoszyn, ul. Młyńska 2, tel. 62 588 03 90 fax. 62 588 04 02  
Nr KRS: 000 000 2750 NIP: 621-15-36-551 REGON: 000310226  
e-mail: [spzoz@krotoszyn.pl](mailto:spzoz@krotoszyn.pl) internet: <http://www.spzoz.krotoszyn.pl/>

Misja zakładu:

*„Otwarci na zmiany, szanując tradycję, zapewniamy wysoką jakość opieki medycznej  
i wrażliwość na problemy naszych pacjentów.”*

*Załącznik nr 4b do  
szczegółowych warunków  
konkursu ofert*

Dane Oferenta

### ***Oświadczenie oferenta***

#### ***W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na***

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie opisów badań rentgenowskich i tomografii komputerowej  
drogą teleradiologii**

**w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie IV**

*Oświadczam iż:*

*- posiadam kompetentny personel, w tym personel lekarski oraz techniczny, zdolny do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.*

.....  
***(data, miejscowość)***

.....  
***(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych  
do reprezentowania Oferenta)***