

Dane Oferenta

### **Oświadczenie Oferenta**

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na  
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów tomografii komputerowej  
drogą teleradiologii  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie**

*Oświadczam iż:*

*- posiadam wymagane prawem ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmującym  
szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych.*

.....  
*(data, miejscowość)*

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

Dane Oferenta

### **Oświadczenie Oferenta**

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na  
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów tomografii komputerowej  
drogą teleradiologii  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie**

*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)*

Dane Oferenta

### **Oświadczenie Oferenta**

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na  
udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisów tomografii komputerowej  
drogą teleradiologii  
w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Krotoszynie**

*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)*