Załącznik nr 1 do Formularza oferty

**Zleceniodawca:**

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy SPZOZ**

**09-402 Płock, ul. Kolegialna 17**

**Oferent:**

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**Oświadczenie Oferenta**

**składane w związku z przystąpieniem do konkursu ofert dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą w rozumieniu ustawy o działalności leczniczej, na prowadzenie w 2024 r. ambulatoryjnej rehabilitacji leczniczej uzasadnionej stwierdzoną patologią zawodową dla osób z terenu województwa mazowieckiego.**

Oświadczam, co następuje:

**OŚWIADCZENIA DOTYCZĄCE OFERENTA:**

1. Oświadczam, że **spełniam** **warunki udziału w konkursie** określone przez MWOMP.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi informacjami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że prowadzę działalność podmiotu leczniczego oraz wskazuję, że dokumenty na potwierdzenie tych faktów znajdują się w formie elektronicznej pod następującymi adresami internetowymi ogólnodostępnych i bezpłatnych baz danych (należy zaznaczyć):
* <https://ems.ms.gov.pl> – numer rejestru KRS ………………………………..\*
* <https://prod.ceidg.gov.pl> \*
1. Oświadczam, iż działalność podmiotu leczniczego zarejestrowana jest w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem ……………………………………………………………………\*, nazwa komórki organizacyjnej ………………………….\*, Kod resortowy charakteryzujący specjalność komórki organizacyjnej, stanowiący część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych - ……….\*
2. Oświadczamy, że nie podlegamy wykluczeniu na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. poz. 835).

**\*odpowiednie zaznaczyć i wypełnić**

 ………………………………………

 *podpis osoby/osób uprawnionych/upoważnionych*