

**Oświadczenie o zapoznaniu się z miejscem
i warunkami realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej**

Niniejszym oświadczam, że przedstawiciel:

.....
.....

w dniu2022 roku zapoznał się z miejscem i warunkami realizacji świadczeń w zakresie diagnostyki obrazowej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w związku z ubieganiem się o przyjęcie zamówienie na:

„Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez okres 3 miesięcy w zakresie badań diagnostyki obrazowej:

- Rezonansu Magnetycznego w oparciu o aparaturę i sprzęt Przyjmującego zamówienie, w siedzibie Udzielającego Zamówienie położonej w Sosnowcu przy Placu Medyków 1, wraz z udostępnieniem Przyjmującemu Zamówienie pomieszczeń na podstawie umowy najmu na czas trwania umowy na świadczenia zdrowotne, ogłoszonego na podstawie art. 26 i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.2022. poz. 633 z późn. zm.) w związku z art. 146 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j.Dz.U. z 2020.poz. 1285. z późn. zm.).”

Zainteresowany uzyskał niezbędne informacje do przygotowania oferty oraz wykonywania usług będących przedmiotem zamówienia.

W wyniku wizji przeprowadzonej przez przedstawiciela

.....

działając w jej imieniu oświadczam, że:

- znany jest stan techniczny pomieszczeń, w których mają być udzielane świadczenia oraz ich otoczenie,

.....

miejsce, data

.....

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania
Przyjmującego zamówienie