



SZPITAL SPECJALISTYCZNY W CHORZOWIE
 41-500 Chorzów ul. Zjednoczenia 10
 tel. /0-32/ 34-63-650 fax. /0-32/ 241-47-33
 www.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl
 email: sekretariat@sswch.pl



ISO 9001
 LL-C (Certification)

Załącznik nr 3



(pieczęć Przyjmującego zamówienie)

OŚWIADCZENIE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

Składając ofertę w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), zgodnie z art. 26 ust. 4a, na świadczenie usług zdrowotnych polegających wykonanie usługi badań wirerii HIV-1 metodą RT-PCR z odczynników dostarczanych przez KC ds. AIDS” Znak sprawy: 4-8/766 /12/20”.

Ja niżej podpisany

.....
(podać imię nazwisko)

działając w imieniu i na rzecz

.....

(nazwa i adres Oferenta)

1. Oświadczam, że spełniam określone przez Udzielającego zamówienia, warunki udziału w postępowaniu prowadzonym w trybie zapytania ofertowego, w oparciu o przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.), zgodnie z art. 26 ust. 4a, na wykonanie usługi badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów szpitala i poradni szpitalnych.

2. Oświadczam, że stosujemy **procedury dla metod wykonywania badań** dla parametrów zawartych w pakiecie:

.....

3. Oświadczam, że dysponujemy personelem wykonującym badania genetyczne i molekularne posiadającym min. **2 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań genetycznych i molekularnych.**

4. Oświadczam, że dysponujemy **wyposażeniem pomiarowym** dla badań zawartych w pakiecie:

.....

5. Oświadczam, że stosujemy następujący **zakres referencyjny** dla badań zawartych w pakiecie:

.....

..... dn.

Pieczęć i podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Przyjmującego zamówienie