



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 PRZYJMUJĄCEGO 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 na wykonaniu usługi badań molekularnych ALK, EGFR, ROS 1, PD-L 1”
Znak sprawy: 4-8/767/12/20”.

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 realizacja zamówienia będzie zgodna z obowiązującymi przepisami i wymaganiami NFZ oraz obowiązującymi przepisami w zakresie badań patomorfologii, genetyki, biologii molekularnej.
3. Oświadczam, że stosujemy **następujące procedury dla metod wykonywania badań dla parametrów zawartych w ofercie:**
.....
.....
4. Oświadczam, że dysponujemy personelem wykonującym badania genetyczne i molekularne posiadającym min. **2 letnie doświadczenie w wykonywaniu badań genetycznych i molekularnych.**
5. Oświadczam, że dysponujemy **wyposażeniem pomiarowym dla badań zawartych w pakiecie:**
.....
.....



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)

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

.....

7. Oświadczam, że prowadzimy kontrole wewnętrznlaboratoryjne : oraz
zewnętrznlaboratoryjne potwierdzone certyfikatami:

..... dn.

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