**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIA**

* + - 1. Oświadczam, że jesteśmy podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zmianami).
      2. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty posiadamy ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2025 r., poz. 450 z późn. zmianami), oraz zobowiązuję się do jej posiadania przez cały okres trwania umowy.
      3. Oświadczam, że nasza sytuacja finansowa pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
      4. Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej przedstawione przez Udzielającego zamówienia,
3. akceptuję projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej,

…………………………………. ………………………………….

*miejscowość, data podpis składającego ofertę*