Załącznik Nr 2

Dane oferenta:
Nazwa: ……..…….…….
……..……..…
Adres: ……..….

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity: Dz. U. z 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.), uniemożliwiająca zawarcie umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się i nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
   - ***konsultacji internistycznych w stanach nagłych (chorób wewnętrznych), konsultacji internistycznych w stanach nagłych (chorób wewnętrznych) z USG jamy brzusznej,***

   i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią klauzuli informacyjnej.

…..……..……., dnia …….. .....
(czytelny podpis Oferenta)