**Załącznik nr 5**

………………………………

*Pieczęć oferenta*

**Oświadczam, że**

1. ❒ podmiot leczniczy który reprezentuję został zakwalifikowany do systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej i zawarł stosowną umowę z publicznym płatnikiem lub posiada obowiązujący kontrakt z płatnikiem publicznym w zakresie świadczeń realizowanych przez komórki właściwe, w których prowadzone jest leczenie w zakresie radioterapii onkologicznej (dotyczy oferentów, którzy udzielają świadczeń z zakresu radioterapii na podstawie kontraktu z publicznym płatnikiem)\*,
2. ❒ podmiot leczniczy który reprezentuję zobowiązuje się do uzyskania kontraktu z publicznym płatnikiem na świadczenia z zakresu radioterapii w terminie do dnia 30 czerwca 2019 r. dla lokalizacji, w której ma być zainstalowany akcelerator (dotyczy oferentów, którzy nie rozpoczęli jeszcze udzielania świadczeń i nie uruchomili zakładu radioterapii)\*
3. ❒ zapewniam kompleksową opiekę onkologiczną, w tym posiadam co najmniej następujące oddziały:
4. onkologii klinicznej,
5. chirurgii onkologicznej,
6. radioterapii onkologicznej

oraz udzielam świadczenia z ww. zakresu we wszystkich trzech trybach udzielania świadczeń: hospitalizacji, hospitalizacji jednego dnia oraz ambulatoryjnym, jak również pełne zabezpieczenie leczenia powikłań po leczeniu przeciwnowotworowym, w strukturach podmiotu leczniczego, który reprezentuję (dotyczy wszystkich oferentów)\*.

Posiadanie danego typu oddziału wynika wprost z zapisów Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (według kodu resortowego charakteryzującego specjalność komórki organizacyjnej, stanowiącego część VIII systemu resortowych kodów identyfikacyjnych).

\*- właściwe zaznaczyć „X”

................................. ..................................................................................

Data Pieczęć i podpis osoby lub osób uprawnionych

do reprezentowania oferenta