|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | **Załącznik nr 6** |
| ………………..………… |  |  |  |
| Pieczęć Oferenta |  |  |  |

**OŚWIADCZENIE**

**Oświadczam, iż:**

Oddział chorób płuc, w ramach którego zostaną utworzone sale Nieinwazyjnej Wentylacji Mechanicznej, funkcjonujący w strukturze podmiotu leczniczego, który reprezentuję, posiada:

dostęp w lokalizacji do oddziału anestezjologii i intensywnej terapii (OAiT)

całodobowy dostęp do badań z zakresu:

|  |
| --- |
| 1. diagnostyki radiologicznej;
 |
| 1. EKG;
 |
| 1. bronchoskopii;
 |
| 1. badań laboratoryjnych:
	1. gazometria,
	2. biochemia,
	3. morfologia.
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | ....…………………………………..............……………………. |
|  | Data, imienna pieczęć i podpis osoby /osób upoważnionych do reprezentacji Oferenta |