**WYKONAWCA:**

………………………………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

………………………………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

**ZAMAWIAJĄCY:**

**Państwowa Szkoła Muzyczna II stopnia**

**im. R. Bukowskiego we Wrocławiu**

**ul. Podwale 68/69**

**50-449 Wrocław**

**Oświadczenie wykonawcy**

na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu na wyłonienie podmiotu świadczącego usługi medyczne w zakresie medycyny pracy wraz z badaniami diagnostycznymi oraz badaniami do celów sanitarno-epidemiologicznych dla kandydatów do pracy i pracowników Państwowej Szkoły Muzycznej II stopnia im. R .Bukowskiego we Wrocławiu

Oświadczam, że:

1. posiadam uprawnienia dotyczące funkcjonowania podmiotów leczniczych, które reguluje art. 100 i 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U z 2021 r., poz. 711) wraz z podaniem w oświadczeniu numeru wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. jestem uprawniony/a do wykonywania wymaganej przedmiotem zamówienia działalności, posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuje potencjałem technicznym, osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia oraz znajduje się w sytuacji finansowej i ekonomicznej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. usługi zaoferowane w odpowiedzi na zapytanie ofertowe, spełniają wszystkie wymagania przedstawione w zapytaniu ofertowym.
4. podana cena obejmuje wszystkie koszty, jakie poniesie Zamawiający z tytułu realizacji zamówienia.
5. spełniam wymagania rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1),  ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) i innych powszechnie obowiązujących przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

…………………………………. ………………………………….

Data Podpis