WSZ.DAT.SZP.042.1.2/2024 **Załącznik nr 6 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

**O DOKONANIU WIZJI LOKALNEJ**

Nazwa Przyjmującego zamówienie: …………………………………………………………………………………………………

Adres Przyjmującego zamówienie: …………………………………………………………………………………………………

telefon, faks: …………………………………………………………………………

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej oraz wykonywanie badań czystości mikrobiologicznej, a także nadzoru nad Bankiem Krwi wraz z dzierżawą pomieszczeń na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach.

………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

działający na rzecz firmy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………

w imieniu reprezentowanej przeze mnie firmy oświadczam, że:

* **dokonaliśmy wizji lokalnej w dniu ...........................** i zapoznaliśmy się z miejscem realizacji zamówienia oraz warunkami tam występującymi, których uwzględnienie niezbędne jest dla prawidłowego wyliczenia ceny oferty\*.
* Nie przeprowadzaliśmy wizji lokalnej miejsca realizacji zamówienia, wszelkie informacje niezbędne do złożenia oferty zaczerpnęliśmy z dokumentacji warunków konkursu, które Udzielający zamówienia zamieścił na swojej stronie internetowej i są one nam wystarczające dla prawidłowego wyliczenia ceny oferty\*.

Podpisano:

……………………………, dnia ……………… roku ……………………………………………………………………  *(przedstawiciel Przyjmującego zamówienie)*

*\*niepotrzebne skreślić*

WSZ.DAT.SZP.042.1.2/2024  **Załącznik nr 7 do SWKO**

**OŚWIADCZENIE W ZAKRESIE WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU (DOSTĘPNOŚĆ)**

### Ja niżej podpisany

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

działając w imieniu i na rzecz

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i dokładny adres Przyjmującego zamówienie)

1. Oświadczam, że do momentu przystosowania pomieszczeń dzierżawionych na potrzeby Laboratorium oraz Punktu pobrań zgodnie z wymogami wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa oraz, w szczególności wynikających z wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia, Najwyższej Izby Kontroli, a także standardów wynikających z posiadanych przez Przyjmującego zamówienie certyfikatów ISO, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia zastępczej pracowni diagnostyki laboratoryjnej w celu zabezpieczenia ciągłości udzielania świadczeń, w tym wykonania badań w trybie „cito”.
2. Oświadczam, że w przypadku stwierdzenia awarii aparatury medycznej lub wystąpienia innych zdarzeń losowych w wyniku których, mogłyby powstać zakłócenia w realizacji umowy na rzecz Szpitala, zabezpieczę na własny koszt pracownię diagnostyki laboratoryjnej w celu zabezpieczenia ciągłości świadczeń, w tym wykonania badań na CITO, będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, spełniając wymagania ujęte w dokumentacji konkursowej. Pracownia diagnostyki laboratoryjnej zlokalizowana jest pod adresem:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

W załączeniu kserokopia zawartej umowy z w/w świadczeniodawcą.

…………………… …………………………………………………………

data Oferent / Przyjmujący zamówienie lub upoważniony przedstawiciel

(pieczęć i podpis)