
Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w Konkursie

L.p.	Warunki udziału w konkursie	Potwierdzenie spełnienia warunków TAK/NIE
1	2	3
1.	Dysponowanie wykwalifikowanym personelem do oceny/autoryzacji wyników badań	
2.	Dysponowanie potencjałem kadrowym zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami	
3.	Wykonanie badań zgodnie z harmonogramem, ustalonym wspólnie przez Udzielającego zamówienie oraz Przyjmującego Zamówienie	
4.	Opisowa forma badania stanowi Elektroniczną Dokumentację Medyczną zgodnie z Ustawą z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia (Dz.U. 2011 nr 113 poz. 657 z późn.) oraz Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2019 r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (Dz.U. 2018 poz. 941 z późn. zm.) będzie przetwarzana w Systemie Informacji Medycznej przez Przyjmującego zamówienie.	
5.	Obrazowa* forma badania będzie przekazana pacjentowi *jeżeli dotyczy	

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty