**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie obsługi pielęgniarskiej podczas poboru krwi –**  **ZPU 12/2024.**

**DANE OFERENTA** *(tylko osoby fizyczne* ***prowadzące*** *działalność gospodarczą)*

**Nazwa praktyki lekarskiej**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

REGON…...……….…………….……… NIP………………...………………….……………

**OŚWIADCZENIE**

Mając na uwadze treść art. 5 ust. 1w związku z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2023.991 ze zm.), z którego wynika iż przedmiot zamówienia nie może wykraczać poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez przyjmującego zamówienie zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, **niniejszym oświadczam, że prowadzę jednoosobową działalność gospodarczą**, wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej oraz do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą jako:

indywidualna praktyka pielęgniarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład \*

indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska wyłącznie w zakładzie leczniczym na podstawie umowy z podmiotem leczniczym prowadzącym ten zakład \*

inna (wpisać jaka: ……………………………………………………………………….)\*

*\*odpowiednie zaznaczyć X*

…………………………………. ……... …………………………..

*miejscowość i data podpis Oferenta*