

.....
(pieczęć Wykonawcy)

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU**

W związku z ubieganiem się o udzielenie zamówienia pn.: **Obsługa prawna Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

Niniejszym oświadczam, że jako osoba fizyczna/ podmiot:

.....
spełnia warunki, dotyczące:

- 1) w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania oferty wykonywali kompleksową obsługę prawną na rzecz, co najmniej jednego podmiotu sektora publicznego przez co najmniej 12 miesięcy w sposób ciągły - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów*,

L.p.	Nazwa instytucji/ podmiotu obsługiwanego	Dane kontaktowe instytucji/ podmiotu obsługiwanego	Okres współpracy	Numer telefonu w obsługiwanej instytucji/ podmiocie za pomocą którego można zweryfikować wskazane dane	Uwagi

- 2) co najmniej wykonywał okazjonalne usługi prawne/ doradztwo prawne na rzecz co najmniej 1 podmiotu z sektora publicznego w okresie swojej działalności na rynku- wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów,*

L-p.	Nazwa instytucji/ podmiotu obsługiwanego	Dane kontaktowe instytucji/ podmiotu obsługiwanego	Okres współpracy	Numer telefonu w obsługiwanej instytucji/ podmiocie za pomocą którego można zweryfikować wskazane dane	Uwagi

- 3) w okresie ostatnich 48 miesięcy przed upływem terminu składania ofert udzielali doradztwa prawnego na rzecz, co najmniej 3 podmiotów leczniczych* - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie w Obszarze nr 3

L-p.	Nazwa podmiotu leczniczego	Dane kontaktowe obsługiwanego podmiotu leczniczego	Okres współpracy	Numer telefonu w obsługiwanym podmiocie leczniczym, za pomocą którego można zweryfikować podane dane	Uwagi

Tabela do edytowania

- 4) posiadania wiedzy i doświadczenia w zakresie prawa administracyjnego - wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie dla każdego z Obszarów,
- 5) posiadania doświadczenia w zakresie prawa medycznego, systemu ochrony zdrowia i kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych (wypełnia Wykonawca ubiegający się o zamówienie w Obszarze nr 3) *

.....dnia.....

Zatwierdzam:

.....
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

*niepotrzebne skreślić

PREZES
Okręgowej Rady Lekarskiej
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
Krzysztof Kordeł
dr w med. *Krzysztof Kordeł*

