

.....

(pieczęć Wykonawcy)

## OŚWIADCZENIA WYKONAWCY O SPEŁNIANIU WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

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

Niniejszym oświadczam, że firma:

.....  
spełnia warunki, dotyczące:

- 1) w okresie ostatnich 5 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.\*

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\*

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

Tabela do edytowania

3) w okresie ostatnich 48 miesięcy przed upływem terminu składania ofert udzielali doradztwa prawnego na rzecz, co najmniej 5 podmiotów leczniczych\*

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) w okresie ostatnich 48 miesięcy przed upływem terminu składania ofert udziałem doradztwa prawnego dla 5 podmiotów leczniczych lub mniej, jednak więcej niż dla 2 podmiotów leczniczych \*

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

Tabela do edytowania

- 5) posiadania wiedzy i doświadczenia w zakresie prawa administracyjnego,
- 6) posiadania doświadczenia w zakresie prawa medycznego, systemu ochrony zdrowia i kontraktowania świadczeń zdrowotnych ze środków publicznych.

.....dnia.....

Zatwierdzam:

.....  
(podpis i pieczęć Wykonawcy)

\*niepotrzebne skreślić

PREZES  
Okręgowej Rady Lekarskiej  
Województwa Lubelskiego  
*Krzysztof Kordel*  
dr n. med. Krzysztof Kordel