Miejskie Centrum Opieki dla Osób Starszych,
Przewlekle Niepełnosprawnych
oraz Niesamodzielnych
w Krakowie
ul. Wielicka 267, 30-663 Kraków
samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
tel 012 44-67-500, fax 012 44-67-501
http:// zol-krakow.com.pl
Sąd Rejonowy dla Krakowa – Śródmieścia w Krakowie
KRS 0000057996, NIP 679-20-26-141

Załącznik nr 4 do Ogłoszenia

/pieczęć adresowa Wykonawcy/

O Ś W I A D C Z E N I E

Składając ofertę w postępowaniu konkursowym na „świadczenie usług transportu i przechowywania zwłok pacjentów zmarłych w Miejskim Centrum Opieki dla Osób Starszych, Przewlekle Niepełnosprawnych oraz Niesamodzielnych w Krakowie" oświadczam(y), że:

- dysponujemy specjalistycznym środkiem transportu (zgodnym z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich) i innym odpowiednim sprzętem służącym do realizacji niniejszego zamówienia,
- niniejsze zamówienie będziemy realizować w oparciu o:
    1. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 kwietnia 2012 r. w sprawie sposobu postępowania podmiotu leczniczego wykonującego działalność leczniczą w rodzaju stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne ze zwłokami pacjenta w przypadku śmierci pacjenta (Dz. U. poz. 420);
    2. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 grudnia 2001 r. w sprawie postępowania ze zwłokami i szczątkami ludzkimi (Dz. U. Nr 153, poz. 1783);
    3. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2011 r. w sprawie sposobu przechowywania zwłok i szczątków (Dz. U. Nr 75, poz. 405);
    4. ustawę z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 1101, poz. 926 z późn. zm.);
    5. rozporządzenie Ministra Infrastruktury z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie warunków technicznych pojazdów oraz zakresu ich niezbędnego wyposażenia (Dz. U. z 2003 r. Nr 32, poz. 262 ze zm.);
    6. rozporządzenie Ministra zdrowia z dnia 27 grudnia 2007 r. w sprawie wydawania pozwoleń i zaświadczeń na przewóz zwłok i szczątków ludzkich.

.....
/Miejscowość i data/

.....
/podpis osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy/