

Załącznik  
Oświadczenie o warunkach lokalowych

Pieczętka nagłówkowa ZOZ

Miejscowość, data.

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że jednostka spełnia warunki, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 lutego 2011 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 31, poz. 158) konieczne dla udzielania świadczenia wyskospecjalistycznego. Świadczenie wyskospecjalistyczne nr 9.: „Operacja wad serca i aorty piersiowej w krążeniu pozaustrojowym”.

Podpis oferenta