

(-wzór-)

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Jako oferent wybrany w wyniku postępowania nr.....
dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne
na terenie rejonu operacyjnego nr, zobowiązuję się od 1 kwietnia 2019 r. do:

- posiadania łączności radiowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytornią medyczną, szpitalnymi oddziałami ratunkowymi, centrami urazowymi, centrami urazowymi dla dzieci oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego, w tym z lotniczymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania łączności komórkowej zapewniającej komunikację zespołu ratownictwa medycznego z dyspozytorniami medycznymi, wojewódzkim koordynatorem ratownictwa medycznego oraz z pozostałymi zespołami ratownictwa medycznego,
- posiadania sieci Internet w miejscach stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego,
- spełniania wymagań niezbędnych do zapewnienia wyposażenia do obsługi SWD PRM w miejscu stacjonowania zespołów ratownictwa medycznego oraz w specjalistycznym środku transportu sanitarnego wykorzystywanym przez zespół ratownictwa medycznego, określonego w przepisach wydanych na podstawie art. 24 g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)