

(-wzór-)

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Jako oferent wybrany w wyniku postępowania nr.....
dotyczącego udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne
na terenie rejonu operacyjnego nr, zobowiązuje się od początku obowiązywania
umowy 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)

.....

(Świadczeniodawca/

Świadczeniodawca-Reprezentant *)

* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka świadczeniodawcy/
świadczeniodawcy-reprezentanta - zawierające nazwę, adres, NIP i REGON - wraz z podpisem