

Załącznik Nr 4 do ZO

Zamawiający:

Samodzielny Publiczny Zespół
Zakładów Opieki Zdrowotnej
w Ostrowi Mazowieckiej
07 – 300 Ostrów Mazowiecka, ul.
Dubois 68

Wykonawca:

.....

.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od
podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

reprezentowany przez:

.....

.....

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do
reprezentacji)

Oświadczenie wykonawcy

DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU

Na potrzeby postępowania o udzielenie zamówienia publicznego w postępowaniu którego przedmiotem usługi jest wykonanie „audytu na podstawie Zarządzenia Nr 68/2020/BBIICD Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 20 maja 2022r. w sprawie finansowania działań w celu podniesienia poziomu bezpieczeństwa systemów teleinformatycznych świadczeniodawców“ dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Ostrowi Mazowieckiej, nr postępowania: SPZZOZ.XII.381.8/2022/ZP/PU oświadczam, że :

1. Jestem jednostką akredytowaną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 13 kwietnia 2016r.o systemach oceny zgodności i nadzoru rynku(Dz. U. z 2022r.poz.5) w zakresie właściwym do podejmowania ocen bezpieczeństwa systemów informacyjnych.
W załączeniu kserokopia certyfikatu(akredytacji).
2. Do wykonania usługi skierujemy co najmniej dwóch audytorów spełniających warunki określone w załączniku Nr 2 pkt.2.
W załączeniu kserokopia certyfikatów

..... (miejscowość), dnia r.

.....

(podpis)

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE PODANYCH INFORMACJI:

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

..... (miejscowość), dnia r.

.....

(podpis)