**K/DOPIES/1/2025** *Załącznik nr 4*

OKREŚLENIE WARUNKÓW LOKALOWYCH, WYPOSAŻENIA W APARATURĘ
I SPRZĘT MEDYCZNY

Wskazanie sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnej do wykonania świadczeń zdrowotnych, tj. usługi w zakresie teleradiologii- wykonywania opisów badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i RTG.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rodzaj sprzętu / aparatury medycznej** | **Rok produkcji** | **Dodatkowe informacje** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Oświadczam, że :

1. pomieszczenia w których będą wykonywane świadczenia spełniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą
( Dz. U. z 2022 r. poz. 402 ze zm.),
2. monitory opisowe spełniają wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023 r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz. U. z 2023 r. poz. 195 z późn. zm.),
3. w/wym. aparatura i sprzęt medyczny stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych są
w pełni sprawne i dopuszczone do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

 ……………………………….……………………..

 Podpis i pieczęć osoby uprawnionej/ osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy