

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa OFERENTA)

.....
(siedziba, adres)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

NA WYKONYWANIE PRZEZ LEKARZA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE KONSULTACJI ONKOLOGICZNYCH

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią oferty.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, dotyczącymi oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne w tym dostarczenia dokumentu potwierdzającego posiadanie ważnego prawa wykonywania zawodu, dyplomu lekarza, oraz aktualnego orzeczenia lekarskiego wraz ze skierowaniem i zaświadczenia potwierdzającego okresowe szkolenie w dziedzinie bezpieczeństwa i higieny pracy.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu złożenia oferty.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy, zapoznałam/am się z projektem umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
7. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego Nr 1 zgodnie z treścią umowy i na warunkach określonych w umowie.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości (obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na ww. równowartość w dniu podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.
9. Zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej oraz oświadczam, że zapoznałam się z projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
10. Poprzez czynność złożenia oferty wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego Nr 1 informacji o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych: Imię i Nazwisko, Firmę Przedsiębiorcy oraz adres praktyki lekarskiej w przypadku gdy moja oferta zostanie wybrana przez Komisję Konkursową.
11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia w przedmiotowym zakresie podpisanej umowy.
12. Oświadczam, że posiadam następujące uprawnienia (specjalizacje)

.....
(Miejsowość; data)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)