

OŚWIADCZENIE OFERENTA

KONKURS OFERT

na wykonywanie świadczeń z zakresu:

- Transport, odbiór, przechowywanie i wydawanie zwłok pacjentów zmarłych
- Wykonywanie sekcji zwłok (autopsji) przez lekarza specjalistę patomorfologa

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia postępowania konkursowego.
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, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałam/am się z treścią projektu umowy i nie wnoszę uwag w tym zakresie.
5. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
7. 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.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie SP ZOZ Szpitala zgodnie z treścią oferty, na warunkach określonych w przyszłej umowie.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
10. Poprzez czynność złożenia oferty wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Szpitala o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych takich jak: imię i nazwisko, firma oraz adres w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana przez Komisję Konkursową.
11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przedmiotowym podpisanej umowy.
12. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
13. Posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności, jeżeli ustawy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień;
14. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie;
15. Dysponuję potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do należytego wykonania zamówienia;
16. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
17. Nie podlegam wykluczeniu z postępowania o udzielenie zamówienia, gdyż:
 - a) Firma nie wyrządziła szkody nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie, jeżeli szkoda ta została stwierdzona prawomocnym orzeczeniem sądu wydanym w okresie 3 lat przed wszczęciem postępowania.
 - b) w stosunku do Firmy nie otwarto likwidacji oraz nie ogłoszono upadłości.
 - c) Firma nie zalega z uiszczeniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenie społeczne lub zdrowotne.
18. Oświadczam, że wobec Firmy będącej podmiotem zbiorowym sąd nie orzekł zakazu ubiegania się o zamówienia, na podstawie przepisów o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary.

Podpis Oferenta

Dane dotyczące udzielającego Zamówienie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 1
(Pełna Nazwa Udzielającego Zamówienie)

41-902 Bytom, ul. Żeromskiego 7
(Adres)

NIP: 6260340173; REGON: 270235840
KRS: 0000079907; Tel.: + 48 32 396 32 00; Fax: + 48 32 396 32 51

OŚWIADCZENIE PODWYKONAWCY o gotowości do realizacji świadczeń w ramach podwykonawstwa

KONKURS OFERT

na wykonywanie świadczeń z zakresu:

- Transport, odbiór, przechowywanie i wydawanie zwłok pacjentów zmarłych
- Wykonywanie sekcji zwłok (autopsji) przez lekarza specjalistę patomorfologa

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu:

Adres siedziby / zamieszkania:

NIP / REGON:

działając jako Podwykonawca, oświadczam, że:

1. Wyrażam wolę i gotowość do współpracy z Oferentem:
(nazwa i adres Oferenta głównego)

.....
w zakresie realizacji świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym prowadzonym przez SPZOZ Szpital Specjalistyczny nr 1 w Bytomiu, dotyczącym:

- Pakietu I – Transport, odbiór, przechowywanie i wydawanie zwłok pacjentów zmarłych lub
- Pakietu II – Wykonywanie sekcji zwłok (autopsji) przez lekarza specjalistę patomorfologa
(proszę podkreślić właściwy zakres współpracy)

2. Zobowiązuję się do realizacji świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

3. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania formalne, techniczne, organizacyjne i kadrowe, niezbędne do wykonania powierzonych świadczeń.

4. Zobowiązuję się do przedłożenia, na żądanie Zamawiającego, stosownych dokumentów potwierdzających posiadane uprawnienia i kwalifikacje.

5. Oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności za należyte wykonanie powierzonych zadań oraz gotów/gotowa do podpisania stosownej umowy podwykonawczej po rozstrzygnięciu konkursu ofert.

.....
(miejscowość, data)

.....
Podpis i pieczęć Podwykonawcy

Dane dotyczące udzielającego Zamówienie

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Szpital Specjalistyczny Nr 1
(Pełna Nazwa Udzielającego Zamówienie)

41-902 Bytom, ul. Zeromskiego 7
(Adres)

NIP: 6260340173; REGON: 270235840
KRS: 0000079907; Tel.: + 48 32 396 32 00; Fax: + 48 32 396 32 51

