

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa praktyki lekarskiej)

.....
(siedziba, adres)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

POSTĘPOWANIE KONKURSOWE NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU BADAŃ ENDOSKOPOWYCH W PRACOWNI ENDOSKOPII

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia 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, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/y ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
7. i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Szpitala zgodnie z treścią oferty, na warunkach określonych w przyszłej umowie.
9. 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.
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 indywidualnej praktyki lekarskiej
11. w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana przez Komisję Konkursową.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na kontrolę Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie przedmiotowym podpisanej umowy.
13. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia
14. w pełnym zakresie z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
15. Oświadczam, że posiadam następujące uprawnienia / (specjalizacje).....
.....

.....
(Miejscowość; data)

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