

OŚWIADCZENIA OFERENTA

KONKURS OFERT NR 1/2023 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

Ja niżej podpisany(a):

.....
.....
.....

(Dane oferenta)

zwana/y OFERENTEM

oświadczam, że

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty,
2. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z deklarowaną ilością godzin wskazaną w formularzu ofertowym oraz przez minimalną ilość godzin wymaganą przez Udzielającego zamówienia oraz
6. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam dokumentami załączonymi do oferty.
7. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
8. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, oświadczam iż nie byłam/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie (w tym za przewinienia zawodowe) oraz, że korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
9. Przedstawione dane w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.

10. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
11. Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych (*załącznik nr 3*) i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta