

OŚWIADCZENIA OFERENTA

KONKURS OFERT NR 5/2025 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

.....
.....
.....
(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. Spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2024 r. poz. 799).
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że dysponuję personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.
5. Świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych.
6. Osoby udzielające świadczenia zdrowotne posiadają ważne zaświadczenia/orzeczenia lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz lekarza medycyny pracy/ oraz aktualną umowę ubezpieczeniową,
7. Osoby mające udzielać świadczenia zdrowotne posiadają zaświadczenia z rejestru sprawców przestępstw na tle seksualnym,
8. Wszyscy lekarze wykazani w ofercie wyrazili zgodę na udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu oraz zgłoszenia ich danych w zasobach umowy z Płatnikiem..
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Strony – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia..
10. Pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

11. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
12. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, iż nie byłem/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
13. Przedstawione dane w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
14. Zapoznałam/ -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych (*załącznik nr 3*) i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie 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