

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot zamówienia: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód lekarza lub psychologa lub farmaceuty dla pacjentów Udzielającego Zamówienia „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.**

Nazwa Oferenta:

Adres Oferenta :

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą / legitymuję się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.(*)
2. Oświadczam, że zapoznałem (-am) się z treścią Ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), projektem umowy i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że pozostanę związany (-a) z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
6. Oświadczam, że posiadam ważne orzeczenie lekarza medycyny pracy do celów sanitarno-epidemiologicznych. / Zobowiązuję się do dostarczenia aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy do celów sanitarno-epidemiologicznych najpóźniej w dniu podpisania umowy.(*)
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania.
8. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty nie wystąpi tzw. „konflikt ustawowy” o którym mowa w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz.U. 2025, poz. 1461 ze zm.).
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu Rozporządzenia Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE oraz ustawy z dnia 10.05.2018r r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2019 r. poz.1781) przez „Uzdrowisko Świnoujście” S.A. z siedzibą w Świnoujściu jako Udzielającego Zamówienie dla celów związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, a także że zostałem (-am) poinformowany (-a) o przysługujących mi na podstawie wskazanych powyżej aktów uprawnieniach, a w szczególności prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawiania

.....
Miejscowość i data

*-niepotrzebne skreślić

.....
(podpis i pieczęć imienna Oferenta)