Znak sprawy: UŚ/L/09/2018 Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

Nazwa Oferenta: ...........................................................................................

Adres Oferenta : ............................................................................................

**1.** Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2018r. poz. 160).

**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 (Dz.U. 2016, poz. 1793).

**9.** Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu ustawy z dnia 29.08.1997 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) 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 wskazanej ustawy uprawnieniach a w szczególności prawie wglądu do swoich danych i prawie ich poprawiania.

……………………………………

Miejscowość i data

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

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\*-niepotrzebne skreślić