Znak sprawy: UŚ/P/08/2019 Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

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

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

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

**1.** Oświadczam, że spełniam / nie spełniam (\*) warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 roku o działalność leczniczej (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190) / 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, w szczególności posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 15 liapa 2011 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2019, poz. 576).

**6.** Oświadczam, żezostałem/am/nie zostałem/am (\*) wpisany/a do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez okręgową radę pielęgniarek i położnych .(\*)

**7.** Oświadcza, że zostałem/am / nie zostałem/am (\*) wpisany/a do Centralnego Rejestru pielęgniarek i położnych prowadzonego przez Naczelną Radę Pielęgniarek i Położnych.

**8.** Oświadczam, że posiadam/ będę posiadać najpóźniej w dniu rozpoczęcia realizacji umowy\* polisę lub inny dokument obowiązkowego ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanych świadczeń zdrowotnych o minimalnej sumie gwarancyjnej ubezpieczenia OC w okresie realizacji umowy 30.000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 150.000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń objętych umową OC

**9.** 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. (\*)

**10.** Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania.

**11 .** 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. 2018, poz. 1510 ze zm.).

1. Oświadczam, iż realizując zamówienie będę stosować przepisy rozporządzenia Parlamentu Europejskiego 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych, Dz. Urz. UE L 2016.119.1, dalej – „RODO”).

……………………………………

Miejscowość i data

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

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\*-niepotrzebne skreślić