Znak sprawy: UŚ/R/06/2020 Załącznik nr 2 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot zamówienia: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód fizjoterapeuty lub technika masażysty 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 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2020 r. poz. 295, z póź.zm)

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. 5 ustawy z dnia 25 września 2015

 roku o zawodzie fizjoterapeuty (Dz.U z 2019 r., poz. 952).

6. Oświadczam, że zostałem/am /nie zostałem/am (\*) wpisany/a do rejestru podmiotów

 wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Krajową Radę

 Fizjoterapeutów.

7. Oświadczam, że zostałem/am / nie zostałem/am (\*) wpisany/a do Krajowego Rejestru

 Fizjoterapeutów prowadzonego przez Krajową Radę Fizjoterapeutów.

8. Oświadczam, że posiadam polisę lub inny dokument obowiązkowego ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanych świadczeń zdrowotnych.

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 (Dz.U. 2019, poz. 1373 ze zm.).

12. 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

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

 (podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\*-niepotrzebne skreślić