Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

……..
pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1) posiadam zgodnie z przedmiotem konkursu ofert zdolność do realizacji zamówienia zgodnie z wymaganiami właściwych przepisów a rodzaj działalności leczniczej oraz zakres świadczeń zdrowotnych jest zgodny z moim wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i przedmiotem konkursu.
2) zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3) zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4) posiadam wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
5) jestem związany ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6) nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7) wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8) zapewniam ciągłość, kompletność, dostępność, właściwą jakość udzielanych świadczeń,
9) przyjmuję odpowiedzialność, za jakość i prawidłowość udzielanych świadczeń.
10) zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, ustawy o ochronie danych osobowych oraz przepisów obowiązujących świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
11) ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej, będzie zgodne z wymaganymi przepisami i wskazuje miejsce udziela świadczeń w lokalizacji Katowickie Centrum Onkologii i obejmuje osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie.
12) jako Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do wykonywania badań i kierowania pacjentów w zakresie diagnostyki i leczenia wyłącznie do jednostek organizacyjnych Katowickiego Centrum Onkologii w przypadku, w którym Centrum zapewnia ich wykonywanie – **dotyczy Pakietu Nr 1.**
13) Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do realizacji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami BHP w odpowiednim stanie psychofizycznym zapewniającym udzielanie tych świadczeń w sposób bezpieczny.

……
…….

Podpis Oferenta