Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIE OFERENTA :

1. Posiadam 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. Posiadam wszystkie niezbędne informacje do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia zdrowotne.
3. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuje się do jej podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie
5. Gwarantuje ciągłość dostępność i właściwą jakość udzielanych świadczeń.
6. Zobowiązany jestem do jest do zawarcia i kontynuacji przez okres trwania umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z aktualnie obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, ustawy o ochronie danych osobowych oraz przepisów obowiązujących świadczeniodawców udzielających świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(podpis osoby/osób upoważnionych
wraz z jej/ich pieczątkami)