

**DRUK OŚWIADCZEŃ**

Przystępując do konkursu Oferent:

.....  
Imię i nazwisko oferenta

oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert oraz Warunkami Szczegółowymi Konkursu.
2. Zapoznałam/ em się z projektem umowy.
3. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia, tj. na kwotę; 30 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz 150 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia, oraz dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania, wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.
4. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia oraz o udzielaniu świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
5. Spełniam wymagania zdrowotne określone w odrębnych przepisach.
6. **Pełnię/Nie pełnię\* (niepotrzebne skreślić)** funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u przedsiębiorcy prowadzącego konkurencyjną względem Udzielającego Zamówienia działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zawiadomię na piśmie Zamawiającego o podjęciu jakiegokolwiek dodatkowej działalności konkurencyjnej.
8. Przyjmuje obowiązek odbycia przeszkolenia przez Oferentów z procedur oraz programów informatycznych obowiązujących w PSPR przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń oraz zobowiązuje się do ich stosowania w toku wykonywania udzielonych przez zamawiającego świadczeń medycznych. Szkolenie zostanie zakończone wydaniem zaświadczeń potwierdzających ukończenie szkolenia.
9. Zachowam w tajemnicy wszelkie informacje, dotyczące udzielającego zamówienia w zakresie organizacji jego pracy oraz sposobu prowadzenia działalności, a także wszelkich danych dotyczących pacjentów oraz informacji, których ujawnienie mogłoby narazić udzielającego Zamówienie lub osoby trzecie na szkodę.
10. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.  
Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.
11. **Wyrażam/nie wyrażam\* (niepotrzebne skreślić)** zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowania (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych, tekst jednolity: Dz.U 2019r. poz. 1781) oraz Rozporządzenia o ochronie danych osobowych dziennik urzędowy Unii Europejskiej L119 4 maja 2016.
12. Oświadczam,  **iż posiadam/nie posiadam\* (niepotrzebne skreślić)** pełną zdolność do czynności prawnych.

.....  
Miejscowość

data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta