DRUK OŚWIADCZEŃ

Przystępując do konkursu Oferent:

.....

.....

oświadczam, że:

1. Zapoznałam/em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert oraz Warunkami Szczegółowymi Konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Powiatowej stacji Pogotowia Ratunkowego w Tarnowie .
2. Zapoznałam/em się z projektem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję jej postanowienia oraz zobowiązuję się do jej zawarcia.
3. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293, poz. 1729) i dostarczenie 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 jakiejkolwiek 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. Podejmuję świadczenie usług dyspozytora po raz pierwszy i dostarczę książeczkę doskonalenia zawodowego dyspozytora medycznego w ciągu 3 miesięcy do daty zawarcia umowy. **(w przypadku gdy nie dotyczy punkt należy wykreślić).**
11. **Posiadam/Nie posiadam* (niepotrzebne skreślić)** pełną zdolność do czynności prawnych.
12. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
    Zamawiający zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.
13. Oświadczam, że **nie byłem/am - byłem/am* (niepotrzebne skreślić)** skazana prawomocnym wyrokiem za przestępstwo przeciwko zdrowiu lub życiu ludzkiemu.
14. **Wyrażam/ nie wyrażam * (niepotrzebne skreślić)** zgody na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowanie (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych, tekst jednolity: Dz. U 2018r. poz. 1000) oraz Rozporządzenia o ochronie danych osobowych dziennik urzędowy Unii Europejskiej L119 4 maja 2016

……, ……

Miejscowość data

……

podpis i pieczęć Oferenta