

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Nazwa Oferenta:

Adres:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.
2. Znane mi są i spełniam wszystkie warunki wymagane przez Udzielającego zamówienia wymienione w warunkach wymaganych od Przyjmującego zamówienie.
3. Osoba/osoby wykonująca/e określone świadczenia medyczne będące przedmiotem konkursu posiada/ją odpowiednie kwalifikacje zawodowe.
4. Pomieszczenia, w których zobowiązuję się udzielać świadczeń oraz ich wyposażenie w aparaturę medyczną odpowiadają standardom określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. (Dz. U. poz. 595) w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą oraz posiadają krajowe atesty uzyskane w trybie odrębnych przepisów (jeżeli są wymagane).
5. Przedłożę polisę ubezpieczeniową spełniającą wymogi Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. poz. 866).
6. Będę kontynuował umowę ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy.
7. Uważam się za związanego ofertę przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
8. Akceptuję Projekt umowy, stanowiący Załącznik nr 6 do Szczegółowych warunków konkursu.

.....

MIEJSCOWOŚĆ DATA

.....

PODPIS I PIECZĘĆ OFERENTA

