**Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert**

…………………………………………..

pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. posiadam odpowiednie kwalifikacje oraz 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. zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia,
3. zapoznałam/em 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 związana/y 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 prawnymi i obejmuje osoby udzielające świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie.

…………………………………………….

 Podpis Oferenta