Załącznik nr 1
do szczegółowych warunków konkursu

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/-łem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenia zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2026 r. poz. 156).
7. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.
10. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
11. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących Udzielającego zamówienia oraz związanych z realizacja umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu niewłaściwej konkurencji.
12. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obwiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
13. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu i specjalizacji, numeru telefonu, wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
14. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu.
15. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Wieluniu nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przeze mnie świadczeń w Szpitalu.
16. Oświadczam, że zapoznałam/em się z regulaminem pracy Komisji Konkursowej.
17. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
18. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości..... (Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

..... ……

Data i miejsce Podpis i pieczęć Oferenta