

Załącznik Nr 2
do ogłoszenia o Konkursie Ofert

.....
(Nazwa i adres oferenta – pieczęć)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania zawarte w ogłoszeniu o konkursie.
2. Wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
3. Oświadczam, że jestem podmiotem leczniczym, w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295, z późn. zm.).
4. Oświadczam, że podmiot leczniczy świadczy usługi w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert.
5. Oświadczam, że posiadam wykwalifikowany personel medyczny, uprawniony do wykonywania szczepień, zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Oświadczam, że dysponuję gabinetem zabiegowym lub punktem szczepień spełniającym wymogi techniczne, sanitarne i wyposażonym, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
7. Oświadczam, że posiadam aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy.
8. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia.
9. Oświadczam, że zobowiązuje się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia oraz dostarczenia dokumentów potwierdzających spełnienie wymagań zawartych w konkursie ofert.
10. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez 30 dni licząc od terminu składania ofert.
11. Przez okres realizacji świadczeń zdrowotnych (szczepień), zobowiązuję się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji świadczeń osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach,

- b) zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonych w odrębnych przepisach,
- c) udzielenia świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
- d) utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej.

.....

(Miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęćka oferenta lub osoby upoważnionej
do reprezentowania oferenta)