

Konkurs na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza patomorfologa dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Koszalinie

.....
pieczęć oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
4. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu przedmiotu konkursu z wyjątkiem personelu Przyjmującego zamówienie świadczącego usługi na rzecz Udzielającego zamówienie na podstawie umów cywilnoprawnych.
5. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
6. Wymienione w ofercie, projekcie umowy warunki zawarcia umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
7. Kwalifikacje zatrudnionego personelu oraz sytuacja ekonomiczna gwarantują należyte wykonanie zamówienia.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
9. Podlegam obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych wykonywanych na podstawie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych. Szczegółowy zakres ubezpieczenia oraz minimalną sumę gwarancyjną, określa rozporządzenie wydane na podstawie art. 136b ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. Zapoznam się z polityką bezpieczeństwa stosowaną w SP ZOZ MSWiA w Koszalinie i zobowiązuję się jej przestrzegać.

.....
miejsce i data

.....
(podpis i pieczęć oferenta)