

Oświadczenia Oferenta

O ś w i a d c z a m , ż e:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zespołach wyjazdowych i transporcie sanitarnym.
2. Zapoznałam(em) się ze Specyfikacją warunków opracowania oferty.
3. Zapoznałam się z rodzajem zamawianych świadczeń zdrowotnych oraz miejscem ich realizacji.
4. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 3 do Specyfikacji.
5. Posiadam wiedzę, umiejętności i uprawnienia do realizacji zamówienia oraz będę udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, zasadami etyki zawodowej, w sposób rzetelny oraz z należytą starannością.
6. Spełniam wymagania zdrowotne określone w obowiązujących przepisach.
7. Samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.)
9. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy dobrowolnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na kwotę min. 50.000 euro.
10. Pełnię * Nie pełnię * (**niepotrzebne skreślić**) funkcji kierowniczych lub organizacyjnych u przedsiębiorcy prowadzącego względem Udzielającego Zamówienia konkurencyjną działalność gospodarczą polegającą na organizowaniu lub świadczeniu usług zdrowotnych w razie wypadku, urazu, porodu, nagłego zachorowania lub nagłego pogorszenia stanu zdrowia powodujących zagrożenie życia, organizowaniu lub wykonywaniu usług transportu sanitarnego, a także organizowaniu lub świadczeniu innych usług dotyczących ochrony zdrowia, wykonywanych przez Udzielającego Zamówienia.
11. Świadczę * Nie świadczę * (**niepotrzebne skreślić**) usługi medyczne w zakresie medycznych czynności ratunkowych w firmie prowadzącej względem Udzielającego Zamówienia konkurencyjną działalność gospodarczą na obszarze działania SRM Chełm.
12. W przypadku zaistnienia potrzeby Udzielającego zamówienia wyrażam zgodę na pełnienie dyżurów na obszarze powiatów, poza docelowym miejscem świadczenia usług (będących obszarem działania SRM Chełm) i przyjmuję wysokość stawek zaproponowanych w złożonej przeze mnie ofercie na pozostałe powiaty.
13. Deklaruję gotowość do wykonywania świadczeń zdrowotnych w wymiarze..... godzin w ciągu miesiąca, w godzinach ustalonych harmonogramem miesięcznym.
14. Oświadczam, że nie byłem karany za przestępstwa w związku z wykonywaniem zawodu ratownika medycznego, kierowcy.
15. Złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie możliwość weryfikacji złożonych oświadczeń poprzez żądanie przedstawienia dokumentów źródłowych.

.....
(data)

.....
(Podpis oferenta)

*Niepotrzebne skreślić