

OŚWIADCZENIA OFERENTA

KONKURS OFERT NR 2/2024 W PAŁUCKIM CENTRUM ZDROWIA SP. Z O. O. W ŻNINIE

.....
.....
.....

(Dane oferenta)

zwana/y OFERENTEM

oświadczam, że

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty,
2. Spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz.U.2023.991 z późn. zm.).
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych przez Stronę – zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wybranym zakresem w formularzem ofertowym.
7. Pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
8. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam dokumentami załączonymi do oferty.
9. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
10. Świadomy/a odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń oświadczam, iż nie byłam/am karany/a za przestępstwo popełnione umyślnie (w tym za przewinienia zawodowe) oraz, że korzystam z pełni praw publicznych i posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

11. Przedstawione dane w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
12. Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.
13. Zapoznałam / -em się z Klauzulą Informacyjną w zakresie przetwarzania danych osobowych (*załącznik nr 3*) i niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez Pałuckie Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie

miejsowość, data

czytelny podpis Oferenta