Załącznik nr 2

Pieczątka firmowa lub pełna nazwa oferenta

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałam(em) się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług.
2. Przyjmuję warunki umowy według projektu stanowiącego załącznik nr 3 do SWKO.
3. Posiadam wiedzę i umiejętności do realizacji zamówienia. Udzielam świadczeń medycznych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
4. Spełniam wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach.
5. Składając ofertę, wyrażam wolę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w Ustawie o działalności leczniczej i oświadczam iż samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym oraz z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.*
6. Oświadczam, iż: świadczę/ nie świadczę pracę na podstawie umowy o pracę u Udzielającego Zamówienia. Oświadczam, iż w razie przyjęcia mojej oferty rozwiążę obecnie trwającą umowę o pracę na mocy porozumienia stron przed datą rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy z niniejszego konkursu.
7. Oświadczam, że posiadam wszystkie aktualnie wymagane szczepienia potrzebne do wykonywania zawodu medycznego.
8. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
9. Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w procesie ofertowanie (zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018r. o Ochronie Danych Osobowych, tekst jednolity: Dz.U 2019.1781 z późn. zm.) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy 2016/679 z dnia 27.04.2016 w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych (UE) 2016/679.
10. Oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, nie jestem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe, nie widnieję w rejestrze przestępców seksualnych.
11. Przyjmuję obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, na zasadach określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U.2019.866 z późn.zm.) oraz dostarczenia jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy oraz terminowego dokumentowania wobec Udzielającego Zamówienia, spełnienia powyższego obowiązku.

Data: …… Podpis Oferenta: ……

**dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą*