Załącznik nr 2

OŚWIADCZENIA OFERENTA

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, że posiadam wszystkie aktualnie wymagane szczepienia potrzebne do wykonywania zawodu medycznego.
7. 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.
8. Oświadczam, że nie ciążą na mnie wyroki sądów powszechnych, ani zawodowych sądów, które uniemożliwiałby mi wykonywanie niniejszej umowy, a w chwili zawierania umowy nie jest mi wiadomym, aby toczyło się przeciwko mnie jakiekolwiek postępowanie, którego wynik mógłby uniemożliwić mi wykonywanie niniejszej umowy w przyszłości.
9. Posiadam podpis elektroniczny w postaci certyfikaty e-ZLA (ZUS) wydawanego bezpłatnie przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych za pośrednictwem aplikacji gabinet.gov.pl / podpis kwalifikowany zakupiony u jednego z certyfikowanych dostawców w celu podpisywania dokumentacji medycznej.
10. Oświadczam, że złożone kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.

Data: …… Podpis Oferenta: ……