**Załącznik nr 1 do SWKO - Oświadczenia**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

**Kontaktowy e-mail (czytelnie):…………………………………………….**

**Kontaktowy nr telefonu:………………………………………………………**

**Kontaktowy nr faksu:………………………………………………………….**

**Nazwa oferenta:………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………….**

**Adres:…………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………….**

**Nr NIP: …………………….…………………………..**

**Nr REGON: …………………….…………………….**

#### O Ś W I A D C Z E N I A

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia w przedmiocie: udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju ambulatoryjnej opieki specjalistycznej realizowanych w dni robocze, w Poradni Chorób Zakaźnych

**oświadczamy, że:**

1. jesteśmy (*proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola*):

□⁭ **praktyką zawodową**, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez organ rejestrowy……………………………………………………………………………………

pod numerem księgi rejestrowej………………………………………………….…………………………………………

albo

□⁭ **grupową praktyką lekarską**, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez organ rejestrowy……………………………………………………………………………………

pod numerem księgi rejestrowej………………………………………………….…………………………………………

albo

□⁭ **podmiotem leczniczym** wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez organ rejestrowy……………………………………………………………………………………

pod numerem księgi rejestrowej………………………………………………….…………………………………………

albo

□⁭ **osobą fizyczną** inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

1. jesteśmy **aktywnym podmiotem gospodarczym** wpisanym do (*proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola*):

□⁭**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

albo

□⁭**Krajowego Rejestru Sądowego** pod nr KRS………………………………………………….

albo

□⁭**Ewidencji Działalności Gospodarczej**

*(zaznaczyć i wypełnić poniższe pola tylko w przypadku jeżeli danych podmiotu nie ma w CEIDG, tzn. jeżeli właściwy organ ewidencyjny, urząd miasta lub gmina nie przekazały do CEIDG danych znajdujących się w prowadzonych przez nie ewidencjach)*

prowadzonej przez ………………………….…

pod numerem ……………………………………

Oświadczamy, że:

1. Jesteśmy podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniamy warunki udziału w postępowaniu, tj.:
   * 1. posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym:

- wykonujemy działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;

* + 1. posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
    2. znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,

1. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przez nas wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
2. Wyrażamy zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
3. Uważamy się za związanych złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. Zapoznaliśmy się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmujemy je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
5. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
6. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część naszej oferty,
7. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązujemy się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia przed podpisaniem umowy na świadczenia zdrowotne po wygraniu przez Oferenta postępowania konkursowego.
8. Zobowiązujemy się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.
9. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu przeprowadzania niniejszego postępowania konkursowego, zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (t. j. Dz. U. z 2016 r. poz. 922).

................................., dnia ............................ ..................................................................

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/