**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2017-IP-2**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

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

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

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

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

**Nr NIP: …………………….…………………………..**

**Nr REGON: …………………….…………………….**

#### O Ś W I A D C Z E N I A

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2017-IP-2** **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

□⁭ **osobą fizyczną** inną niż wymieniona 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*):

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

albo

*(zaznaczyć i wypełnić pkt b 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)*

b/ □⁭**Ewidencji Działalności Gospodarczej**

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), o którym mowa w *Ustawie z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej* zobowiązujemy się do dostarczenia takiego dokumentu zgodnego z wymogami przewidzianymi dla dokumentów umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonymi w *Ustawie z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej* do Udzielającego zamówienia 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/