**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2018-TECH-ERAD-1**

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

(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 **KOD: 2018-TECH-ERAD-1** **oświadczam, że:**

1. jestem osobą legitymującą się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny,
2. jestem **aktywnym podmiotem gospodarczym** wpisanym do (*proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola*):

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

albo

*(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)*

□⁭**Ewidencji Działalności Gospodarczej**

prowadzonej przez ………………………….…

pod numerem ……………………………………

Oświadczam, że:

1. Spełniam wymagania określone w *Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, mogę ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
   * 1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym:

- wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;

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

1. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych,
2. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
3. Uważam się za związanego złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. Zapoznałem się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję 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 mojej oferty,
7. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuję się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu postępowania konkursowego.
8. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonych 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/