

.....
(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: 2023-PEPP -1 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.

2. 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.:
 - a) posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym:
 - wykonujemy działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
 - b) posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
 - c) znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
2. 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*,
3. Wyrażamy zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
4. Uważamy się za związanych złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
5. 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,
6. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
7. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część naszej oferty,
8. 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.
9. Zobowiązujemy się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.
10. 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/

.....

/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

Nazwa oferenta i adres:

.....

.....

FORMULARZ OFERTOWY

konkurs KOD: 2023-PEPP -1

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego”

Przystępując do konkursu składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

NAZWA ŚWIADCZENIA	OFEROWANA CENA ŚWIADCZENIA
wykonywanie znieczuleń do badań kolonoskopowych w zakresie „Programu badań przesiewowych raka jelita grubego” Cena (zł brutto) za 1 wykonanie znieczulenia badania kolonoskopowego

DYSPOZYCYJNOŚĆ
..... Oferowana ilość godzin w tygodniu

....., dnia
/miejscowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

