

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy (*załącznik nr 3 do SWKO*) i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że posiadam minimum 5 letnie doświadczenie w zakresie realizacji Programu Profilaktyki Raka Piersi
8. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
9. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
10. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
11. Oświadczam, że będę raz do roku przysyłał Udzielającemu zamówienie kopię aktualnych testów specjalistycznych, opisowych stacji lekarskich na których wykonywane są opisy mammografii. Kopie raportów przysyłane będą w formie elektronicznej na adres email: mammografia@zdrowie.walbrzych.pl
12. Oświadczam, że będę wykonywał testy użytkownika opisowych stacji lekarskich w zakresie i z częstotliwością określoną w obowiązujących przepisach.
13. Oświadczam, że lekarze biorący udział w realizacji procedur posiadają aktualne badania lekarskie dopuszczające do pracy i aktualne szkolenie z ochrony radiologicznej pacjenta. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się na wezwanie Udzielającego zamówienie dostarczyć kopie w/w dokumentów.
14. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
15. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Udzielającego Zamówienia.
16. Oświadczam, że na wezwanie Udzielającego Zamówienia udostępnię do wglądu dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego świadczeń medycznych.
17. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie jest w stanie likwidacji.

18. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie toczy się postępowanie upadłościowe.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie)