

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do zapytania ofertowego :

Wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego dla pacjentów Oddziału Neurochirurgicznego Specjalistycznego Szpitala im dra Alfreda Sokołowskiego w Wałbrzychu.

reprezentując (pełna nazwa Oferenta)

-
-
1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
 2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami zapytania ofertowego i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy 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 niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu zapytania ofertowego.
 8. Oświadczam, że wykonałem świadczeń polegających na prowadzeniu monitoringu śródoperacyjnego w trakcie zabiegów neurochirurgicznych w okresie ostatnich 2 lat poprzedzających zapytanie ofertowe.
 9. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji zapytania ofertowego.
 10. Posiadam środki i możliwości wykonywania neurofizjologicznego monitoringu śródoperacyjnego w ilości i rodzaju nie mniejszym niż opisane w zapytaniu ofertowym.
 11. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
 13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Udzielającego zamówienia.
 14. Oświadczam, że na wezwanie Udzielającego zamówienia udostępnię do wglądu dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego świadczeń medycznych.

(Miejscowość i data)

(Pieczęćka i podpis oferent)

