

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 5 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 udzielam i jestem uprawniony do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego postępowania i spełniam wszelkie wymogi, jakie w tym zakresie stawiają przepisy powszechnie obowiązującego prawa i Zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.
8. **Oświadczam, że posiadam*:**
 - a) minimum **3 letnie** doświadczenie przy realizacji świadczeń z zakresu zdrowia psychicznego dla dorosłych kontraktowanych przez NFZ,
 - b) posiadam Certyfikat Jakości ISO 9001:2015.
9. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z obowiązującymi przepisami prawa, w tym rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. z póź. zm. w sprawie programu pilotażowego w Centrach Zdrowia Psychicznego, zwanym dalej „**Rozporządzeniem Pilotażowym**”,
11. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
12. Oświadczam, że spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia objęte umową.
13. Oświadczam, że spełniam w każdym miejscu udzielania świadczeń warunki wymagane do realizacji świadczeń gwarantowanych, określonych w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej.
14. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
15. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
16. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Udzielającego Zamówienia.
17. Oświadczam, że na wezwanie Udzielającego Zamówienia udostępnię do wglądu dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe personelu udzielającego świadczeń medycznych.
18. Oświadczam, że podmiot który reprezentuję nie jest w stanie likwidacji.
19. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie toczy się postępowanie upadłościowe.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Pieczętka i podpis Przyjmującego Zamówienie)

*należy podkreślić właściwą odpowiedź