

OŚWIADCZENIE KONKURS OFERT NR 1/2014

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:

udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie zapewnienia opieki lekarskiej na oddziałach szpitalnych Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

oświadczam, że w odniesieniu do świadczeń opieki zdrowotnej określonych przedmiotem zamówienia:

1. Posiadam wymagane uprawnienia oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do ich udzielania.
TAK / NIE*
2. Dysponuję niezbędnym wyposażeniem, sprzętem i aparaturą medyczną, a także wykwalifikowanym personelem medycznym zdolnym do ich udzielania w zakresie, w jakim świadczenia określone przedmiotem zamówienia tego wymagają.
TAK / NIE*
3. Zobowiązuję się do ich udzielania zarówno osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak też pacjentom nieubezpieczonym w stanach zagrożenia życia lub zdrowia.
TAK / NIE*
4. Zobowiązuję się do ich udzielania osobom nieubezpieczonym z zachowaniem procedur obsługi komercyjnej obowiązujących u Zamawiającego.
TAK / NIE*
5. Zobowiązuję się do posiadania polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w czasie obowiązywania umowy.
TAK / NIE*
6. Gwarantuję ich ciągłość, kompleksowość i dostępność.
TAK / NIE*
7. Gwarantuję ich możliwie najwyższą jakość, zobowiązując się do ich udzielania z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, dostępnymi środkami technicznymi i farmaceutycznymi.
TAK / NIE*
8. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad tajemnicy i etyki zawodowej, ochrony danych osobowych oraz praw pacjenta.
TAK / NIE*
9. Zobowiązuję się do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i wymaganiami Zamawiającego.
TAK / NIE*
10. Zobowiązuję się do podejmowania lub powstrzymywania się od wszelkich działań mogących naruszać dobra materialne i niematerialne Zamawiającego i / lub mogące negatywnie wpływać na jego interes.
TAK / NIE*
11. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
TAK / NIE*

..... ,dnia

.....
*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych
do reprezentowania Świadczeniodawcy*

**niepotrzebne skreślić*