Załącznik nr 2
do Warunków Szczegółowych
Konkurs Ofert Nr 9/2018

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:
Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie żywienia pozajelitowego w warunkach domowych dla pacjentów objętych opieką Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
oświadczam, że w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych określonych przedmiotem zamówienia:

1. Posiadam wymagane uprawnienia oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do ich udzielania.
   TAK / NIE *
2. Dysponuję wykwalifikowanym personelem medycznym niezbędnym i zdolnym do ich udzielania.
   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 warunków procedur obsługi komercyjnej obowiązujących u Zamawiającego.
   TAK / NIE *
5. Zobowiązuję się do posiadania polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej w zakresie, w jakim świadczenia określone przedmiotem zamówienia tego wymagają, 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 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 .....
miejscowość i data

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

**niepotrzebne skreślić*