

## OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:

**Udzielanie świadczeń opieki lekarskiej w Oddziale Chirurgii Ogólnej oraz Poradni Chirurgii Ogólnej 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, wyposażeniem i aparaturą medyczną niezbędnymi i zdolnymi 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 .....

*miejsowość i data*

*\*niepotrzebne skreślić*

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