

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:

Zakres 1:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej na rzecz pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Górażdżach *

Zakres 2:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychologicznej na rzecz pacjentów Zakładu Opiekuńczo – Leczniczego w Górażdżach *

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. Zobowiązuję się do ich udzielania zarówno osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak też pacjentom nieubezpieczonym w stanach zagrożenia ich życia lub zdrowia.
TAK / NIE *
3. Zobowiązuję się do ich udzielania osobom nieubezpieczonym z zachowaniem warunków procedur obsługi komercyjnej obowiązujących u Zamawiającego.
TAK / NIE *
4. 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 *
5. Gwarantuję ich ciągłość, kompleksowość i dostępność.
TAK / NIE *
6. 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 *
7. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad tajemnicy i etyki zawodowej, ochrony danych osobowych oraz praw pacjenta.
TAK / NIE *
8. Zobowiązuję się do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i wymaganiami Zamawiającego.
TAK / NIE *
9. 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 *
10. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej prawidłowe wykonanie zamówienia.
TAK / NIE *

....., dnia

miejsowość i data

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