Załącznik nr 2

do Warunków Szczegółowych

Konkurs Ofert Nr 18/2020

**OŚWIADCZENIE**

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pobierania przez zespoły ratownictwa sanitarnego próbek (wymazów) do badań w kierunku zakażenia SARS-CoV 2 oraz przewożenia próbek do laboratorium na terenie województwa opolskiego**

oświadczam, że w odniesieniu do świadczeń zdrowotnych określonych przedmiotem zamówienia:

1. Posiadam wymagane uprawnienia oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do ich udzielania.

**TAK / NIE \***

1. Dysponuję wykwalifikowanym personelem medycznym, wyposażeniem i aparaturą medyczną niezbędnymi i zdolnymi do ich udzielania.

**TAK / NIE \***

1. Zobowiązuję się do ich udzielania zarówno osobom objętym powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, jak też pacjentom nieubezpieczonym w stanach zagrożenia życia lub zdrowia.

**TAK / NIE \***

1. Zobowiązuję się do ich udzielania osobom nieubezpieczonym z zachowaniem warunków procedur obsługi komercyjnej obowiązujących u Zamawiającego.

**TAK / NIE \***

1. 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 \***

1. Gwarantuję ich ciągłość, kompleksowość i dostępność.

**TAK / NIE \***

1. 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 \***

1. Zobowiązuję się do przestrzegania zasad tajemnicy i etyki zawodowej, ochrony danych osobowych oraz praw pacjenta.

**TAK / NIE \***

1. Zobowiązuję się do rzetelnego prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi  
   w tym zakresie przepisami prawa i wymaganiami Zamawiającego.

**TAK / NIE\***

1. 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 \***

1. 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*