

## OŚWIADCZENIE

Składając ofertę w trybie konkursu ofert na:

**Zakres 1:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki lekarskiej w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym

**Zakres 2:**

Opieka psychologiczna w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym

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 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 data

.....  
(podpis i pieczęcie osób uprawnionych  
do reprezentowania Oferenta)

\*niepotrzebne skreślić