Załącznik nr 2 do SWKO

.....
(pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: **udzielania świadczeń zdrowotnych** w zakresie: ***TRANSPORT SANITARNY*** **dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oświadczam,** że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu;
b) posiadam specjalistyczne środki transportu sanitarnego, spełniające standardy higieniczne oraz cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane;
c) posiadam w pełni sprawne i dopuszczone do użytku środki łączności stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami, umożliwiające realizację zamówienia w ciągu 24 godzinnego dyżuru dyspozytora;
d) spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym, w tym wymagania NFZ dla pojazdów używanych do celów transportu sanitarnego;
e) oświadczam, że środki transportu do wykonywania przedmiotu postępowania są w pełni sprawne i dopuszczone do użytku, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz posiadają aktualne polisy ubezpieczeniowe OC i NW.
f) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
g) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

- Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
- Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

....., dnia .....
(miejscowość)

.....
(pieczątka i podpis osoby Uprawnionej)