# 

**OŚWIADCZENIE**

**oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia**

Przystępując do Konkursu ofert na zadanie:

**„Udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie sekcji zwłok oraz przechowywania zwłok po sekcji powyżej 72”**

**nr postępowania: OPO/1/K/2023**

reprezentując:

……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………

1. oświadczam, że:
2. zapoznałem się z treścią Ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi Załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
3. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
4. akceptuję zapisy Projektu umowy i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty, do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Udzielającego Zamówienie;
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie dla celów postępowania konkursowego;
6. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert wskazanego w ogłoszeniu o Konkursie.
7. ponadto oświadczam, że:
8. wszystkie umowy zawarte z podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przeze mnie należycie,
9. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych,
10. świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie,
11. świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Konkursu ofert będą wykonywane przez osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje, doświadczenia i uprawnienia do ich wykonywania zgodnie z obowiązującymi przepisami,
12. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w *ustawie z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2022r. poz. 2561 ze zm.)* w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Szpital z Oddziałem Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia.

……............................., dnia ………………………… ………………………………………….

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej

do reprezentowania Oferenta