

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Przedmiot konkursu:

„Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie hemodializy dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie”.

Udzielający zamówienia:

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 342 , fax. (12) 644 47 56;

REGON: 000630161 ; NIP: 678 26 80 -028 ; KRS: 0000035552

Adres internetowy: www.zeromski-szpital.pl

e-mail: dop@zeromski-szpital.pl

Przyjmujący Zamówienie:

.....
(pieczęć Przyjmującego zamówienie)

1. Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa;
2. Oświadczam, że zapewnię ciągłość, kompleksowość, dostępność, jakość udzielanych świadczeń;
3. Oświadczam, że posiadam odpowiednie wyposażenie w sprzęt i aparaturę medyczną gwarantującą skuteczną ocenę materiału i spełniających standardy określone przez prawodawcę. Świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszego konkursu wykonywane będą przy użyciu sprzętu laboratoryjnego, zapewniającego wysoką, jakość uzyskiwanych wyników oraz posiadającego atesty i certyfikaty dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach ochrony zdrowia;
4. Oświadczam, że dysponuję personelem o odpowiednich kwalifikacjach zgodnie z obowiązującymi przepisami do wykonywania świadczeń objętych niniejszym konkursem;
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert i akceptuję je bez żadnych zastrzeżeń;
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do przedłożenia Udzielającemu zamówienia, najpóźniej w dniu podpisania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielanych świadczeń zdrowotnych na czas trwania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne będące przedmiotem niniejszego konkursu, którego minimalna suma gwarancyjna zgodna jest z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie

obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019 poz.866).

7. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni,

8. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie i na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert oraz w mojej ofercie,

9. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,

10. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń objętych konkursem, co najmniej 2 lata.

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie	Miejscowość i data
1)		
2)		