

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie balneologii i medycyny fizykalnej/rehabilitacji medycznej dla osób ubezpieczonych i innych osób uprawnionym do świadczeń w 20 Wojskowym Szpitalu Uzdrawisko-Rehabilitacyjnym SP ZOZ w Krynicy-Zdroju

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2020r., poz. 295 z późn. zm.).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO), projektem umowy i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że pozostanę związana/y z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
6. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania.
7. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w przedmiocie zamówienia w okresie minimum 3 lat.

Miejscowość i data.....

(podpis i pieczęć imienna)

