Załącznik Nr 2 do SWKO o udzielenie zamówienia na medyczne czynności ratunkowe
podejmowane przez ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego

w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

....................................................

 (miejscowość, data)

**SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie**

**ul. Kilińskiego 10**

**42-202 Częstochowa**

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta ..........................................................................................................

Firma…………………………………………………………………………………………..

Adres Firmy ……………………………………………….......................................................

NIP…………………………………………..

**Oświadczenie**

Oświadczam, że jako Oferent w konkursie ofert o udzielenie zamówienia na medyczne czynności ratunkowe wykonywane przez ratowników medycznych w zespołach ratownictwa medycznego w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie:

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Posiadam dobrą znajomość topografii miasta Częstochowy i powiatów: częstochowskiego, kłobuckiego i lublinieckiego.
3. Nie pozostaję w stosunku pracy z Udzielającym zamówienia w ramach, którego wykonuję zadania tożsame z przedmiotem zamówienia (nie posiadam zawartej
ze Stacją Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie umowy o pracę na stanowisku ratownika medycznego lub pielęgniarki).
4. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu ratownika medycznego/ratownika medycznego - kierowcy, umożliwiający należyte wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia oraz pozwalający na przenoszenie chorych.

Jednocześnie zobowiązuję się do przedstawienia stosownego zaświadczenia/orzeczenia lekarskiego na każde żądanie Udzielającego zamówienia w okresie obowiązywania umowy.

1. Jestem zaszczepiony przeciwko WZW typu B.
2. Jestem przeszkolony w zakresie obsługi butli z tlenem.
3. Posiadam wiedzę na temat organizacji i funkcjonowania Systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne na terenie województwa śląskiego.
4. Zobowiązuję się do zawarcia ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń opieki zdrowotnej albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń opieki zdrowotnej, objętych przedmiotem konkursu, na minimalną kwotę ubezpieczenia 30.000 euro, a także do jej przedłożenia Udzielającemu zamówienia nie później niż 2 dni przed terminem obowiązywania umowy będącej przedmiotem konkursu, pod rygorem natychmiastowego rozwiązania tejże umowy. Zobowiązuję się także do kontynuowania ubezpieczenia, o którym mowa wyżej, w całym okresie trwania ww. umowy.
5. Realizuję obowiązek doskonalenia zawodowego.
6. Załączone do oferty kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**Jednocześnie oświadczam, że przedłożę na żądanie Udzielającego zamówienia stosowne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.**

…..................................................................................

 *Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*