# Załącznik Nr 2 do SWKO o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego

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

 (miejscowość, data)

**SP ZOZ Stacja Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie**

**ul. Kilińskiego 10**

**42-202 Częstochowa**

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

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

**Oświadczenie**

**Oświadczam, że jako Oferent w konkursie ofert o udzielenie zamówienia o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego**

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza w ramach udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, umożliwiający należyte wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia oraz pozwalający na przenoszenie pacjentów;
3. Zapewnię kompleksowość, ciągłość i najwyższą jakość świadczeń będących przedmiotem konkursu a świadczenia zdrowotne udzielać będę z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką lekarską oraz z poszanowaniem praw pacjenta i interesów Udzielającego zamówienia;
4. Zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji zamówienia polisy OC.
5. 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*