1. Załącznik Nr 2 do SWKO o udzielenie zamówienia
na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy
2. w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz realizację innych umów

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

 (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**

1. Oświadczam, że jako Oferent w konkursie ofert świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w zespołach transportu medycznego i sanitarnego oraz realizację innych umów Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie:
2. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
3. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, umożliwiający należyte wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia oraz pozwalający na przenoszenie pacjentów;
4. Jestem zaszczepiona/y przeciw COVID-19;
5. Zapewnię kompleksowość, ciągłość i najwyższą jakość świadczeń będących przedmiotem konkursu a świadczenia zdrowotne udzielane będą z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką lekarską oraz z poszanowaniem praw pacjenta i interesów Udzielającego zamówienia;
6. Posiadam i będę posiadał przez cały okres obowiązywania umowy polisę OCna min. kwotę 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia oraz na min kwotę 350 000 euro
w odniesieniu do wszystkich zdarzeń, których skutki są objęte umową ubezpieczenia OC lekarza lub lekarza dentysty wykonującego działalność leczniczą w formie jednoosobowej działalności gospodarczej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zawartej na warunkach określonych obowiązującym rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Załączone do oferty kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
8. Jednocześnie oświadczam, że przedłożę na żądanie Udzielającego zamówienia stosowne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.

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

 *Data, czytelny podpis i pieczęć Oferenta*