Załącznik nr 2 do SWKO

 o udzielenie zamówienia na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w rodzaju podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej w SP ZOZ Stacji Pogotowia Ratunkowego w Częstochowie

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

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

**Oświadczenie**

Jako Oferent w konkursie ofert oświadczam, że:

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. Jestem zaszczepiony/-a przeciwko COVID-19
5. Zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji zamówienia polisy OC podmiotu leczniczego.
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 i pieczęć Oferenta*