Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚZ/10/2024

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

W nawiązaniu do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert **nr SPZOZ/ŚZ/10/2024** oraz Oferty oświadczam, iż:

1. spełniam wymogi określone w przepisach prawa i stawiane przez NFZ w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot w/w postępowania konkursowego,
2. dysponuję wykwalifikowanym personelem do udzielania świadczeń stanowiących przedmiot w/w postępowania zgodnie z wymogami określonymi w SWKO, tj.:

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

   (wykaz osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach zamówienia wraz z ich kwalifikacjami lub w przypadku zobowiązania Oferenta się do złożenia wykazu po zawarciu umowy - wskazanie liczby lekarzy i ich specjalizacji)

3. osoby wskazane w wykazie zawartym w pkt. 3 nie są osobami zatrudnionymi w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Sanoku w oparciu o stosunek pracy lub umowę cywilnoprawną,
4. zawarłem i realizuję / realizowałem* umowy z następującymi podmiotami leczniczymi wykonującymi działalność w rodzaju leczenie szpitalne, których przedmiotem były świadczenia zdrowotne będące przedmiotem w/w postępowania konkursowego, finansowane ze środków publicznych w ramach umów z NFZ *(co najmniej 2)*:

   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……
   ……

   (proszę o wskazanie nazw w/w podmiotów leczniczych i adresów ich siedzib)
5. nie rozwiązano ze mną umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot w/w postępowania konkursowego w ciągu ostatnich 2 lat z mojej winy (z winy Oferenta).

....., dnia ..... ….....

(podpis osoby/osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta)

* - niewłaściwe skreślić;