

Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚZ/51/2024

.....
pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

W nawiązaniu do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚZ/51/2024 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 - wpisanie liczby lekarzy i ich specjalizacji)

3. osoby wskazane w wykazie o którym mowa 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 wpisanie 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;