



FORMULARZ OFERTOWY - OŚWIADCZENIE OFERENTA

NAZWA OFERENTA:

ADRES:

REGON:

NIP:

TEL.....

e-mail

Nazwa banku, numer rachunku:

.....

.....

Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań molekularnych i cytogenetycznych, i akceptuję je bez żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą:
 - a) uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej i pozostałymi przepisami,
 - b) posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,



- c) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał techniczny oraz dysponuję personelem uprawnionym do wykonywania świadczeń objętych konkursem,
 - d) posiadam w strukturze zakład patomorfologii / zatrudniam patomorfologa w miejscu udzielania świadczeń*,
 - e) zapewniam realizację świadczeń będących przedmiotem.
3. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert i w mojej ofercie, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres prowadzenia postępowania konkursowego.
5. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności/ oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne. *
6. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

*) *niewłaściwe skreślić.*

.....
Data i podpis Oferenta
lub upoważnionego przedstawiciela