

Załącznik nr do oferty

.....
(pieczęć firmowa Wykonawcy)

OŚWIADCZENIA

Wykonawcy ubiegającego się o udzielenie zamówienia

Przystępując do konkursu ofert na zadanie:

**WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ
HISTOPATOLOGICZNYCH, IMMUNOHISTOCHEMICZNYCH, CYTOLOGICZNYCH,
BARWIEN HISTOCHEMICZNYCH, OCENY STATUSU GENÓW METODĄ HYBRYDYZACJI
I KONSULTACJI SPECJALISTYCZNYCH DLA PACJENTÓW WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA
SPECJALISTYCZNEGO NR 4 W BYTOMIU.**

NM/ŚZ/2/2024

reprezentując (pełna nazwa Wykonawcy)

-
.....
1. Oświadczamy, że miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych znajduje się w odległości nie większej niż 30 km od siedziby Zamawiającego tj. km (odległość wyznaczona w sposób opisany w Regulaminie), pod adresem:
.....
.....
 2. Oświadczamy, że zamówienie zrealizujemy w terminach i na zasadach określonych w Regulaminie Konkursu.
 3. Oświadczamy, że prowadzimy działalność leczniczą w zakresie objętym przedmiotem zamówienia i posiadamy w swojej strukturze organizacyjnej jednostki organizacyjne udzielające świadczeń zdrowotnych w zakresie ww. badań.
 4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Regulaminu Konkursu i nie wnosimy do niej zastrzeżeń oraz zdobyliśmy konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia.
 5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w Regulaminie Konkursu.
 6. Oświadczamy, że akceptujemy zapisy projektu umowy i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia umowy na warunkach, w miejscu i terminie określonych przez Zamawiającego.
 7. Dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia zgodnie z kryteriami określonymi w Regulaminie Konkursu.

Handwritten signatures and initials

8. Posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania przedmiotu konkursu.
9. Dysponujemy pomieszczeniami, środkami łączności oraz aparaturą i sprzętem medycznym umożliwiającymi realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badań patomorfologicznych zgodnie z kryteriami określonymi w Regulaminie Konkursu.
10. Znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
11. Nie wyrządziliśmy szkody, nie wykonując zamówienia lub wykonując je nienależycie.
12. Posiadamy polisę OC potwierdzającą, że jesteśmy ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia i zobowiązujemy się do jej kontynuowania przez okres trwania umowy.
13. Posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem konkursu, a w przypadku braku dostępu zobowiązujemy się do wypełnienia i przesłania do ŚOW NFZ w Katowicach wniosku o założenie konta najpóźniej do dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych.
14. Posiadamy środki i możliwości wykonywania ww. badań w ilości i rodzaju nie mniejszym niż opisane w niniejszym konkursie.
15. Posiadamy Certyfikat akredytacji Polskiego Towarzystwa Patologów lub inny dokument potwierdzający wdrożony wewnętrzny system zarządzania jakością wykonywanych świadczeń zdrowotnych w zakresie ww. badań.
16. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty, stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie stwierdzamy, że jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.

....., dnia

Podpis (osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Wykonawcy)

(pieczęć imienna / firmowa)

Handwritten signature and initials