

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia o Konkursie ofert na udzielanie świadczeń medycznych w 2017 roku ogłoszonego przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny pracy w Toruniu, Regulaminem Konkursu, projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienie do realizacji zamówienia.
3. Oświadczam, iż zabezpieczam wykonywanie konsultacji specjalistycznych i badań diagnostycznych, niezbędnych do wydania zaświadczenia o przydatności do praktycznej nauki zawodu
4. Dane przedstawione w ofercie i załącznikach do oferty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
5. Lokal, w którym będą wykonywane świadczenia objęte tym konkursem, spełnia warunki lokalowe zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 roku w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2012 r., poz. 739).
6. Sprzęt medyczny niezbędny przy wykonywaniu świadczeń jest dopuszczony do stosowania w placówkach służby zdrowia.
7. Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi.
8. Dokumenty wymienione w ust. 5 pkt 3, 4, 5 i 6 ogłoszenia o Konkursie Ofert, dołączone do mojej oferty w postępowaniu konkursowym w roku 2016, będące w posiadaniu WOMP, nie uległy zmianie i są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
9. Posiadam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej - stosownie do obowiązujących przepisów, na cały okres obowiązywania niniejszej umowy - obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lub jej przedłużenia w przypadku, gdy termin ubezpieczenia wygasa w trakcie trwania umowy na realizację świadczeń objętych konkursem.
10. Przyjmuję do wiadomości, że podanie danych niezgodnych z prawdą skutkuje natychmiastowym odrzuceniem oferty.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis Oferenta)