

.....
Miejscowość, data

Dane Oferenta:

Nazwa:.....

adres:

nr telefonu:

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jako oferent:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, określonych przez SPZOZ Wojewódzki Ośrodek Terapii Uzależnienia od Alkoholu i Współuzależnienia w Stanominie;
2. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą;
3. posiadam lub zawrę i dostarczę najpóźniej w dniu podpisania kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami;
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
5. nie wnoszę zastrzeżeń do projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienie;
6. sam/a rozliczam się z urzędem skarbowym,
7. zgłosiłem/łam swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

.....
Podpis i pieczęć oferenta