Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

KSZ/DB/1/2023

Załącznik Nr 2 do SWKO - Dane identyfikacyjne Oferenta wraz z oświadczeniami

.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
KSZ/DB/1/2023

I. Udzielający Zamówienia (Zamawiający):

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Medyków 16, 40-752 Katowice

II. Oferent

Nazwa Oferenta .....

Siedziba Oferenta .....

NIP.....REGON.....

tel. .....fax..... e-mail.....

Miejsce wykonywania świadczeń objętych ofertą.....

Osoba do kontaktu w sprawach związanych ze złożona ofertą:

.....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu .....

Odległość od siedziby Udzielającego Zamówienia (w km): .....

III. Oświadczenia

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" (SWKO) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu zawartych w ofercie w okresie i na zasadach określonych w SWKO i załącznikach do SWKO.

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
40-752 Katowice, ul. Medyków 16 tel. 32 207 15 00, fax. 32 207 15 46
www.gczd.katowice.pl adres e-mail: sekretariat@gczd.katowice.pl

KSZ/DB/1/2023

3. Oświadczam, że akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach zawartych w projekcie umowy.

4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w ofercie.

5. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług w zakresie przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację, a także oświadczam, iż spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym. Aparatura i sprzęt medyczny posiadają stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy techniczne w ilości i zakresie zgodnym z zaleceniami producenta.

6. Oświadczam, że dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz środkami transportu i łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny obejmującej przedmiot postępowania konkursowego.

7. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego oraz że posiadam aktualne Pozwolenie Ministra Zdrowia na prowadzenie działalności w zakresie gromadzenia, przetwarzania, przechowywania i dystrybucji tkanek

8. Oświadczam, że wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t. j. Dz. U. z 2022 r.poz. 2561 z późn.zm.) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.

9. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających na pełną realizację przedmiotu konkursu.

10. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.

11. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

12. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń objętych zakresem umowy z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, technicznej i analitycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

13. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2023 r. poz. 129 z późn. zm.).

.....	.....
Miejscowość, data	pieczęć i podpis Oferenta