# Załącznik Nr 2 do SWKO o udzielenie zamówienia, na świadczenie opieki zdrowotnej, w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych realizowanych przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego w DPD w Myszkowie

....................................................

(miejscowość, data)

**Dane identyfikacyjne Oferenta:**

Imię i nazwisko Oferenta .............................................................................................................

**Oświadczenie**

**Oświadczam, że jako Oferent w konkursie ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne podejmowane przez lekarzy systemu w specjalistycznych zespołach ratownictwa medycznego**

1. Posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
2. Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza w ramach udzielonego zamówienia na świadczenia zdrowotne, umożliwiający należyte wykonywanie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia oraz pozwalający   
   na przenoszenie pacjentów;
3. Zapewnię kompleksowość, ciągłość i najwyższą jakość świadczeń będących przedmiotem konkursu a świadczenia zdrowotne udzielać będę z należytą starannością, zgodnie z aktualną wiedzą i praktyką lekarską oraz z poszanowaniem praw pacjenta i interesów Udzielającego zamówienia;
4. Zobowiązuję się do posiadania przez cały okres realizacji zamówienia polisy OC podmiotu leczniczego.
5. Jestem zaszczepiony przeciwko COVID 19.
6. Załączone do oferty kserokopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**Jednocześnie oświadczam, że przedłożę na żądanie Udzielającego zamówienia stosowne zaświadczenia lub inne dokumenty potwierdzające złożone oświadczenia.**

….................................................................

*Data, czytelny podpis, pieczątka imienna Oferenta*