

OŚWIADCZENIE OFERENTA

składającego ofertę

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Brzyskach,

Brzyska 349, 38-212 Brzyska

w zakresie

1. Oświadczam, że zapoznałem(łam) się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że uważam się związanym(ną) złożoną ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresieprzez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy na – stanowiącej zał. nr do SWKO i zobowiązuje się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Oświadczam, że warunki lokalowe oraz aparatura i sprzęt medyczny spełniają wymagania pod względem fachowym i sanitarnym zgodnie z obowiązującymi przepisami.
6. Oświadczam, że personel realizujący świadczenia zdrowotne posiada wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń zgodnie z obowiązującymi przepisami.
7. Oświadczam, że materiał pobierany będzie przy użyciu próżniowego systemu pobierania krwi.
8. Oświadczam, że posiadamy uprawnienia do wykonywania działalności w w/w zakresie.
9. Oświadczam, że uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
10. Oświadczam, że zobowiązuje się (po podpisaniu umowy) do zalogowania się na Portalu Potencjału, wygenerowania klucza podwykonawcy i przekazania go Zamawiającemu.
11. Zobowiązuje się do zachowania stałości cen przez cały okres obowiązywania umowy.
12. Zobowiązuje się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

.....
Data

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej