

Załącznik nr 2
do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich uwag.
2. Zapoznałem/am się z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do niej uwag.
3. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje zawodowe uprawniające mnie do udzielania specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie oferty.
4. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że kopia polisy ubezpieczeniowej na rok 2019, potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem przedmiotu konkursu zostanie złożona w dniu podpisania zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert zgodnie z przepisami ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (t.j. Dz. U. z 2018 r., poz. 1000 ze zm.) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) — RODO.

.....
data i podpis osoby upoważnionej do składania oświadczeń woli