Załącznik nr 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(dane Oferenta

lub pieczątka )

**OŚWIADCZENIE OFERENTA :**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związany/a ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

6. Oświadczam, że

* wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty;\*

1. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Udzielającego zamówienia, w pomieszczeniach udostępnionych Przyjmującemu zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia.
2. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności

cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy. Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość, najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy).

1. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowania w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związanej z wykonywaniem zawodu lekarza.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(data) (podpis Oferenta)