

Imię i Nazwisko.....

**Składający ofertę oświadcza, że:**

wyraża zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu w oparciu o art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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

**Ponadto składający ofertę oświadcza:**

1. zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy, akceptuję ich treść i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez udzielającego zamówienia;
3. posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym, prawo wykonywania zawodu, bez ograniczeń, oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
5. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty;
6. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
7. załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
8. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
9. nie jestem zwieszona/-y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/-y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych;
10. nie jestem pozbawiona/-y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszeniem wykonywania zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
11. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
12. w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu została/nie została\* rozwiązana ze mną przez podmiot leczniczy umowa w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie;
13. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
14. nie byłam/-em karana/-y za przestępstwa zawodowe i umyślne;
15. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
  - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
  - stosownych zaświadczeń lekarskich,
  - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;

16. dotychczas: (zaznacz właściwe)

- ☐ nie wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego zamówienie takich samych świadczeń zdrowotnych jakich dotyczy składana oferta,
- ☐ wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz.IV SWKO znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne.

17. świadczę pracę/ nie świadczę pracy \*) w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płazyńskiego w Gdańsku sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej, przed przystąpieniem do świadczenia usług objętych konkursem dotychczasowa umowa zostanie rozwiązana.

18. przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość zwiększenia wartości umowy do 25% na podstawie aneksu do umowy w przypadku zwiększonych potrzeb Udzielającego zamówienia na świadczenia zdrowotne tego rodzaju.

.....

Miejsce, data

.....

Podpis oferenta/ pełnomocnika

\* ) niepotrzebne skreślić

**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY W CELU UZYSKANIA INFORMACJI  
Z REJESTRU SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM**

|                         |  |
|-------------------------|--|
| <b>PESEL:</b>           |  |
| <b>IMIĘ:</b>            |  |
| <b>NAZWISKO:</b>        |  |
| <b>NAZWISKO RODOWE:</b> |  |
| <b>IMIĘ OJCA:</b>       |  |
| <b>IMIĘ MATKI:</b>      |  |
| <b>DATA URODZENIA:</b>  |  |

.....  
Data i podpis