

Załącznik nr 4 do ogłoszenia o konkursie ofert

Wykaz personelu lekarskiego przy pomocy którego oferent będzie realizował świadczenia będące przedmiotem konkursu ofert.

RODZAJ: LECZENIE SZPITALNE/PLANOWE

ZAKRES: OKULISTYKA

Miejsce udzielania świadczeń:

PERSONEL LEKARSKI/ODDZIAŁ _____

L.P	IMIĘ I NAZWISKO	SPECJALIZACJA	TYTUŁ NAUKOWY	DOŚWIADCZENIE ZAWODOWE

Podpis oferta/data _____

Dane składającego oświadczenie:

Pieczęć podmiotu leczniczego

OŚWIADCZENIA

W imieniu podmiotu leczniczego oświadczam/my :

- 1) zapoznałem się z zasadami i warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń oraz przyjmuję je do stosowania;
- 2) zapoznałem się i akceptuję warunki umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
- 3) zapoznałem się z zasadami przygotowania i składania oferty;
- 4) posiadam tytuł prawny do korzystania z lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia, sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 5) spełniam wymogi sanitarno-epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane świadczenia;
- 6) oświadczam, iż spełniam wszystkie warunki do udzielania świadczeń gwarantowanych będących przedmiotem postępowania w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*t. j. Dz. U. z 2016r., poz. 1793 z późn. zm.*), w tym warunki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (*t. j. Dz.U. 2016 poz. 694 z późn. zm.*), w szczególności w zakresie wymaganego wykwalifikowanego personelu oraz sprzętu niezbędnego do udzielania świadczeń,
- 7) oświadczam, iż spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej,
- 8) oświadczam, iż wszystkie dane i informacje podane w złożonej ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie ona zawarta,
- 9) zgodnie z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

Czytelny podpis oferenta _____

Dane składającego oświadczenie:

Pieczęć podmiotu leczniczego

OŚWIADCZENIE

W imieniu podmiotu leczniczego informuję, iż w dniu składania oferty podmiot udziela^{*1} świadczeń opieki zdrowotnej będących przedmiotem niniejszego postępowania na podstawie umowy zawartej z Dyrektorem _____ Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia;

sygn. umowy _____

okres obowiązywania umowy _____

Jednocześnie zobowiązuje się, w przypadku wyboru złożonej oferty i zawarcia umowy będącej przedmiotem postępowania, do poinformowania na podstawie art. 9b ust. 7 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (*t. j. Dz. U. z 2016r., poz. 1793 z późn. zm.*) właściwego miejscowo Dyrektora oddziału wojewódzkiego Funduszu o zawarciu umowy oraz wykonywaniu właściwego obowiązku sprawozdawczego.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis)

¹ Niepotrzebne skreślić

Czytelny podpis oferenta _____