**Załącznik nr 1   
do Szczegółowych warunków konkursu**

**,, Oświadczenie Oferenta”**

|  |
| --- |
| Niniejszym oświadczam, że:   1. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń. 2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert. 3. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń. 4. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.). 5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy. 6. Oświadczam, że wszystkie załączone kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. 7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej. 8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta. 9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących Udzielającego zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu niewłaściwej konkurencji. 10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych. 11. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy. 12. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu. 13. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.   **ZAŁĄCZNIKI:**   1. Wydruk wpisu do RPWDL – aktualny (nie starszy niż 1 miesiąc). 2. Wydruk wpisu do CEIDG – aktualny (nie starszy niż 1 miesiąc). 3. Poświadczone kopie dokumentów **dyplomu ukończenia studiów.** 4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu.** 5. Poświadczone kopia 1-szej i 2-giej strony **karty szkolenia specjalizacyjnego** – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (min. 2 lata). 6. Poświadczone kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/ doktorat). 7. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik/poradni (dla lekarzy, którzy nie udzielali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia). 8. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz. 633) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U . z 2019 r. poz. 866). 9. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy. 10. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty. 11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.   ……………………….. ……………………………  miejsce i data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  uprawnionej do podpisania i złożenia oferty |