**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.) oraz w ustawie z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz.U. 2021.2053);  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.   1. Oświadczam, że wszystkie załączone kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. 2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej. 3. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta. 4. 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. 5. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych. 6. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy. 7. 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. 8. 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.   ……………………………….. ………………….………………………  miejsce i data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  uprawnionej do podpisania i złożenia oferty |