*Załącznik Nr 7 do OGŁOSZENIA*

Numer sprawy: 1/MSPZOZnr1/2023

**OŚWIADCZENIE**

 **PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE/WYKONAWCY**

1. Oświadczam, że zapoznałem z treścią ogłoszenia oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert wraz ze wszystkimi załącznikami, w tym z projektem umowy i akceptuję je w pełni i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.

3. Jestem podmiotem prowadzącym działalność gospodarczą zarejestrowanym w…………………………………………. w zakresie ….......................................…........................................................................- zgodnie z danymi wymienionymi w niniejszej ofercie.

4. 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.

5. Oświadczam, że zapoznałem się z przepisami ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 633, ze zm.) oraz przepisami dotyczącymi warunków wykonywania działalności związanej z realizacja przedmiotu konkursu.

6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w Pracowni ……………………………………………………………………………………………………………….. spełniającej wymogi sanitarne i posiadającej aktualną decyzję Inspektora Sanitarnego oraz odpowiednie atesty i certyfikaty bezpieczeństwa.

7. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) zgodnie z przepisami o działalności leczniczej oraz przepisami wykonawczymi.

Wiem, że obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy.

Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na dzień podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.

8. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w załączonym „ wzorze umowy” i przyjmuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy, na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

9. Oświadczam, że dysponuję potencjałem osobowym i sprzętowym niezbędnym do realizacji świadczeń objętych niniejszym konkursem ofert.

10. Oświadczam, że zobowiązuję się przed przystąpieniem do przetwarzania danych powierzonych przez Udzielającego zamówienie wdrożyć i utrzymywać przez czas przetwarzania wszelkie środki i zabezpieczenia związane z przetwarzaniem danych oraz do przestrzegania przepisów [ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tekst jedn. Dz.U. 2019 poz. 1781, ze zm.) oraz Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrsheydonrqgmzts) r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

12. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych z zakresu **……………………………………………………….** oświadczamy, że zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o w/w konkursie ofert oraz z SWKO i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.

13. Oświadczamy, że w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania, nie została rozwiązana przez oddział wojewódzki Funduszu umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia, bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po naszej stronie.

14. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

15. Oświadczamy, że nie zalegamy w płaceniu podatków, opłat i składek na ubezpieczenie.

16. Oświadczamy, iż akceptujemy wymagania udzielającego zamówienie określone w SWKO i przyjmując zamówienie zobowiązujemy się do ich spełnienia.

18. W przypadku zawarcia umowy przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn. Dz.U. 2022 poz. 2561, ze zm.) w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Mazowieckim Wojewódzkim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia.

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

 (miejscowość, data) (Podpis i pieczątka Przyjmującego Zamówienie (Wykonawcy)