

Dane Oferenta:

Kontaktowy e-mail (czytelnie):.....

Kontaktowy nr telefonu:.....

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres:.....

.....

Nr NIP:

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2026-ONK-2 oświadczam, że:**

1. *jeśli dotyczy* Jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu art. 4 lub art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156), wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2. Jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu art. 2 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2026 r. poz. 156) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

a) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym

- wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;

b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;

c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

3. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

Proszę podać numer księgi praktyki zawodowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą
[rejestr: <https://rpwdl2.ezdrowie.gov.pl/wyszukiwarka>]

.....

4. Wyrażam zgodę na 14-dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, liczony od daty wystawienia przez Przyjmującego zamówienie ustrukturyzowanej faktury elektronicznej za pośrednictwem Krajowego Systemu e-Faktur (KSeF), zgodnie z przepisami ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług. Za datę wystawienia faktury uznaje się datę jej skutecznego przesłania do KSeF i nadania przez system numeru KSeF.

5. Uważam się za związanego/ą złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert.

6. Zapoznałem/am się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO, załącznikach i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,

7. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,

8. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,

9. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuję się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu przez Oferenta postępowania konkursowego.

10. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.

11. Zapoznałem się z klauzulą informacyjną przewidzianą w Rozdziale XX SKWO.

12. *(Jeżeli dotyczy)* W sytuacji wyboru mojej oferty na realizację świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, wyrażam gotowość rozwiązania umowy o pracę* za porozumieniem stron w terminie pozwalającym na uniknięcie sytuacji zbiegu umów (równoległego zatrudnienia na podstawie odrębnych umów).

13. *(jeśli dotyczy)* Zgoda na przetwarzanie danych osobowych *(Oświadczenie w sprawie wyrażenia zgody na przetwarzanie danych osobowych)*:

Ja niżej popisaną/podpisaną na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a 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 i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) Dz. Urz. UE L 119/1, z 4.5.2016, zwanego dalej „RODO” wyrażam zgodę na przetwarzanie następujących kategorii moich danych osobowych (telefon, mail oraz adres), w celu uczestnictwa oraz wyboru lekarzy w ramach niniejszego postępowania konkursowego. Podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne.

Ponadto oświadczam, iż zostałam/em poinformowany o możliwości wycofania zgody w dowolnym momencie oraz, że jej wycofanie nie wpływa na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej wycofaniem.

14. *(jeśli dotyczy)* Niniejszym oświadczam, że przekazałem reprezentantom/pełnomocnikom oferenta klauzulę informacyjną RODO.

**Po zawarciu umowy na świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu, Oferent nie może być zatrudniony u Udzielającego zamówienie (BCO-SM) w oparciu o umowę o pracę. W przypadku Oferentów przystępujących do konkursu ofert, którzy w momencie składania oferty mają status pracownika Udzielającego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę o pracę, a których umowa nie wygaśnie po okresie procedowania niniejszego postępowania i w momencie zawarcia umowy kontraktowej, oferent składając ofertę, wyraża gotowość rozwiązania w/w umowy w trybie opisanym w ust. 12 (powyżej).*

....., dnia
miejscowość

.....
podpis / pieczęć osoby uprawnionej

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
- Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
Krzysztof Bestwina