*Wzór 1B*

_____ dnia _____

_____
(imię i nazwisko)

_____
(siedziba, adres)

**Szpital Murcki Sp. z o. o w Katowicach**
**ul. Sokołowskiego 2**
**40 749 Katowice**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**
***dotyczy*: Ogłoszenia o Konkursie Ofert**
**na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych**
**w określonym zakresie, w roku 2021**

1. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/-em się ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zainteresowałam/-em się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania zamówień na świadczenie zdrowotne.
4. Oświadczam, że uważam się związaną/-ego ofertą przez okres 45 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do warunków zawarcia przyszłej umowy umowy i zobowiązuję się do jej podpisania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Szpital.
6. 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.
7. Oświadczam, że zapoznałam/-em się z zarządzeniem Prezesa Szpitala dotyczącym powołania Komisji konkursowej.
8. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne wykonywać będę w siedzibie Szpitala lub w innym miejscu zgodnie z treścią oferty, na warunkach określonych w przyszłej umowie.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na sumę gwarancyjną w wysokości ..... (obowiązek ubezpieczenia OC powstaje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy). Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy OC na ww. równowartość w dniu podpisania umowy lub najpóźniej w pierwszym dniu obowiązywania umowy.
10. Poprzez czynność złożenia oferty wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Szpitala o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych takich jak: nazwa (firma), imię i nazwisko, siedziba, moje miejsce zamieszkania i adres w przypadku, gdy moja oferta zostanie wybrana przez Szpital (Komisję).

_____
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)