

.....
Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

..... dnia

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia, wiedzę i doświadczenie niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że pozostanę związany z ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania usług z należytą starannością i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
8. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
9. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenie zdrowotne, aparatura, sprzęt medyczny oraz warunki lokalowe są zgodne z obowiązującymi przepisami, w tym przepisami NFZ.
10. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wymienionego w rozporządzeniu Ministra zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego w szczególności:
 - a) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia, zgodnie z przepisami prawa i wymogami w tym zakresie,
 - b) posiadam personel z uprawnieniami do wykonywania procedur będących przedmiotem konkursu, zgodnie z załącznikiem nr 1a do rozporządzenia Ministra zdrowia z dnia 27 kwietnia 2018 r. w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego,
 - c) posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny zgodny z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu świadczeń objętych ofertą na terenie wyznaczonego granicami administracyjnymi powiatu przemyskiego (nr TERYT 1813);
11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na wszystkie warunki określone w niniejszym SWKO.
12. Oświadczam, że dysponuję odpowiednią liczbą personelu o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania badań będących przedmiotem zamówienia, a wyniki badań będą autoryzowane przez osoby o odpowiednich w danych zakresie kwalifikacjami i uprawnieniami.

13. Oświadczam, że posiadam odpowiednie miejsce świadczenia usług i warunki lokalowe, sprzęt i aparatura medyczna jest zgodna z wymogami przewidzianymi przepisami prawa, które pozwolą na realizację pełnego zakresu zamówienia objętego umową.
14. Oświadczam, że zostałem/am poinformowany o klauzuli informacyjnej; Administratorem danych osobowych jest Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy, ul. Różana 9, 37-710 Żurawica
- a. Kontakt z Inspektorem Ochrony Danych jest możliwy za pośrednictwem adresu mailowego: iod@wpsp.pl
 - b. Dane osobowe są przetwarzane w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz realizacji świadczeń określonych w umowie - na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b i c 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).
 - c. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane wyłącznie osobom upoważnionym u administratora do przetwarzania danych osobowych, podmiotom przetwarzającym na mocy umowy powierzenia oraz innym podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa.
 - d. W oparciu o dane osobowe nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, nie będą one podlegały również profilowaniu.
 - e. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres przewidzianych we właściwych przepisach.
 - f. Przysługuje Panu/Pani prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora, przy czym prawo wniesienia skargi dotyczy wyłącznie zgodności z prawem przetwarzania danych osobowych.
 - g. Podanie danych osobowych jest niezbędne do wzięcia udziału w konkursie i realizacji świadczeń określonych w umowie.
 - h. Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści danych osobowych oraz prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo wniesienia sprzeciwu, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem - w granicach określonych w przepisach prawa.
15. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. Eugeniusza Brzezickiego w Żurawicy, ul. Różana 9, 37-710 Żurawica.

.....
podpis

Dyrektor Szpitala

mgr inż. Maciej Kamiński