Załącznik Nr 2 do SWKO

Imię i Nazwisko……...……

Składający ofertę oświadcza, że:

wyraża zgodę na przetwarzanie, administrowanie, archiwizowanie danych osobowych w związku z postępowaniem konkursowym i w zakresie niezbędnym do realizacji świadczeń będących przedmiotem konkursu w oparciu o art. 32 ust. 4 w związku z art. 29 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

Ponadto składający ofertę oświadcza:

1. zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia konkursu ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, Regulaminem przeprowadzenia konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy, akceptuję ich treść i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez udzielającego zamówienia;
3. posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane szczegółowymi warunkami konkursu ofert, w tym, prawo wykonywania zawodu, bez ograniczeń, oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
5. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty;
6. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z Udzielającym Zamówienie;
7. załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym;
8. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
9. nie jestem zwieszona/-y w prawie wykonywania zawodu albo ograniczona/-y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych;
10. nie jestem pozbawiona/-y możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszeniem wykonywania zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;
11. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
12. w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie konkursu została/nie została* rozwiązana ze mną przez podmiot leczniczy umowa w zakresie lub rodzaju odpowiadającym przedmiotowi ogłoszenia bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po mojej stronie;
13. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
14. nie byłam/-em karana/-y za przestępstwa zawodowe i umyślne;
15. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
    - potwierdzających ukończenie kurs BHP,
    - stosownych zaświadczeń lekarskich,
    - zaświadczenia o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego
    - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
16. dotychczas: (zaznacz właściwe)

    ☐ nie wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego Zamówienie takich samych świadczeń zdrowotnych jakich dotyczy składana oferta,

- wykonywałam/-em na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV SWKO znajdują się w posiadaniu Udzielającego Zamówienie i są aktualne.

17. świadczę pracę/ nie świadczę pracy *) w Szpitalu Dziecięcym Polanki im. Macieja Płażyńskiego w Gdańsku sp. z o.o. na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej, przed przystąpieniem do świadczenia usług objętych konkursem dotychczasowa umowa zostanie rozwiązana.
18. przyjmuję do wiadomości, że Udzielający Zamówienie dopuszcza możliwość zwiększenia wartości umowy do 25% na podstawie aneksu do umowy w przypadku zwiększonych potrzeb Udzielającego Zamówienie na świadczenia zdrowotne tego rodzaju.
19. przyjmuję do wiadomości, że w razie wyboru mojej oferty będę zobowiązany do przedłożenia Udzielającemu Zamówienie informacji z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

…..... …....

Miejsce, data Podpis oferenta/ pełnomocnika

*) niepotrzebne skreślić

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY W CELU UZYSKANIA INFORMACJI Z REJESTRU SPRAWCÓW PRZESTĘPSTW NA TLE SEKSUALNYM

PESEL:	
IMIĘ:	
NAZWISKO:	
NAZWISKO RODOWE:	
IMIĘ OJCA:	
IMIĘ MATKI:	
DATA URODZENIA:	
STANOWISKO:	

…….
Data i podpis

Gdańsk, dnia ……..……..

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko……..
Pesel/nr paszportu……..
Obywatelstwo……

☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat zamieszkiwałem/am w następujących państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa[1] :

……
……

☐ Oświadczam, że w ciągu ostatnich 20 lat nie zamieszkiwałem/am w państwach innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa[1]

Jestem świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

……
(data, czytelny podpis)

Pouczenie:
W kratce przy wybranej odpowiedzi należy postawić znak X. W przypadku wyboru 1 opcji, należy wymienić te państwa.[1] Określenie "państwo mojego obywatelstwa" dotyczy osób, które nie są obywatelami RP.