

SZPITAL MIEJSKI W ZABRZU SP. Z O. O.
41-803 ZABRZE UL. ZAMKOWA 4
SEKRETARIAT TEL. – (0-32) 277-61-00

WARUNKI SZCZEGÓŁOWE KONKURSU NR 45/DO/12/2019

NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

W ZAKRESIE TRANSPORTU MEDYCZNEGO I SANITARNEGO

Zadanie 1

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ TYPU „S”

Zadanie 2

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ TYPU „P”

Zadanie 3

- REALIZACJA TRANSPORTU KARETKĄ PRZEWOZOWĄ TYPU „T”

Postępowanie konkursowe prowadzone będzie w oparciu o przepisy Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 z późn. zm.), zwanej dalej Ustawą oraz art.140-141, 146 ust. 1, 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust 1-2 i 4-6, art. 152, 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych(tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z póź. zm), właściwe Rozporządzenie Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (t.j. Dz. U. z 2019 poz.866 z późn. zm.)

I. OPIS PRZEDMIOTU KONKURSU

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie usług z zakresu transportu medycznego i sanitarnego obejmującego transport pojazdem sanitarnym z udziałem osób uprawnionych do wykonywania medycznych czynności ratunkowych oraz transport przewozowy:

Zadanie nr 1

- realizacja transportu karetką typu „S” – ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony zgodnie z wymogami określonymi zarządzeniem Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne ze zmianami.

Skład zespołu:

- kierowca ratownik medyczny
- pielęgniarka systemu/ratownik systemu
- lekarz systemu

Zadanie nr 2

- realizacja transportu karetką typu „P” – ambulans drogowy skonstruowany i wyposażony zgodnie z wymogami określonymi zarządzeniem Nr 14/2019/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 7 lutego 2019 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne ze zmianami.

Skład zespołu:

- kierowca ratownik medyczny
- ratownik medyczny

bądź

- kierowca ratownik medyczny
- pielęgniarka systemu

Zadanie nr 3

- świadczenie usług środkiem transportu sanitarnego bez opieki lekarskiej o standardzie odpowiadającym karetkom typu T - ambulans przewozowy przystosowany do przewozu pacjentów w pozycji siedzącej i leżącej oraz przewozu krwi i materiału biologicznego

1/ Skład zespołu do transportu pacjenta:

- zespół (kierowca + sanitariusz)

bądź

kierowca

2/ Realizacja transportu krwi i materiału biologicznego winna odbywać się jako transport typu „T”

wykonywany przez:

- kierowcę.

II. TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA

Termin realizacji zamówienia: do 19.01.2022 r.

III. WARUNKI UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM ORAZ OPIS SPOSOBU DOKONYWANIA OCENY SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM.

1. O udzielenie zamówienia ubiegać się mogą Oferenci, którzy złożą ważną i odpowiednio przygotowaną ofertę oraz spełniają warunki :
 - a) posiadają uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności – posiadają decyzję zezwalającą na uprzywilejowanie w ruchu drogowym pojazdu w przypadku, gdy będzie on używany bezpośrednio w związku z ratowaniem życia lub zdrowia ludzkiego dla minimum dwóch posiadanych pojazdów,
 - b) posiadają wiedzę i doświadczenie w zakresie objętym niniejszym zamówieniem.
 - c) dysponują odpowiednim potencjałem technicznym i osobami zdolnymi do wykonania zamówienia – posiadają pojazdy medyczne i sanitarne oraz dysponują kierowcami z aktualnym prawem jazdy kat. B, spełniającymi wymogi określone w art. 106 ust. 1 ustawy z dnia 5 stycznia 2011 roku o kierujących pojazdami (t. j. Dz. U. z 2019 r. poz. 341 z późn. zm.), pielęgniarkami, ratownikami medycznymi, lekarzami lub korzystają z zasobów innych podmiotów w w/w zakresie.
2. Udzielający zamówienia dokona oceny spełniania warunków, o których mowa w pkt 1 na podstawie oświadczeń i dokumentów określonych w Rozdziale IV pkt 1, przedłożonych przez Oferenta.

IV. WYKAZ OŚWIADCZEŃ I DOKUMENTÓW, JAKIE MAJĄ DOSTARCZYĆ OFERENCI W CELU POTWIERDZENIA SPEŁNIANIA WARUNKÓW UDZIAŁU W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM ORAZ WYKAZANIA BRAKU PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO

1. W celu wykazania spełniania warunków udziału w postępowaniu Oferent składa niżej wymienione dokumenty:
 - 1.1. oświadczenia Oferenta o spełnianiu warunków określonych przez Zamawiającego **załącznik Nr 2**
 - 1.2. wykaz posiadanych lub będących w dyspozycji Oferenta środków transportu, zawierający markę, rok produkcji, nr rejestracyjny – **załącznik Nr 3**.
Do wykazu należy **dołączyć decyzje zezwalające** na uprzywilejowanie w ruchu drogowym pojazdów sanitarnych wykorzystywanych do realizacji niniejszego zamówienia **oraz oświadczenie**, iż na każde żądanie Udzielającego zamówienia w terminie 3 dni od wezwania, Oferent dołączy dowód posiadania aktualnej polisy OC samochodów, kopie dokumentów rejestracyjnych pojazdów, a jeżeli Oferent nie jest ich właścicielem dokument potwierdzający uprawnienia do ich używania.
 - 1.3. wykaz pracowników, posiadających uprawnienia określone ustawą z 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. , poz. 993 z późn. zm.) ustawą z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodzie lekarza i lekarza dentystry (tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. , poz. 537 z późn. zm.), ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (tekst jednolity Dz. U. z 2019, poz. 576 z późn. zm.)- **Załącznik Nr 4**
 - 1.4. potwierdzenie opłaconej polisy, a w przypadku jej braku innego dokumentu potwierdzającego, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia (należy dołączyć potwierdzenie opłaty składki/ek) – **załącznik nr 5**
2. W celu wykazania braku podstaw do wykluczenia z postępowania o udzielenie zamówienia Oferent składa niżej wymienione dokumenty:
 - a) Dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę)
 - b) dokument potwierdzający sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej)
 - c) kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy.

Dokumenty o których mowa w lit. a) , b) powinny być wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

V. SPOSÓB PRZYGOTOWANIA OFERTY.

1. Ofertę sporządzić należy w języku polskim.
2. Ofertę należy sporządzić w formie pisemnej pod rygorem nieważności tj. na maszynie do pisania, komputerze lub nieścieralnym atramentem oraz podpisać przez uprawnionego przedstawiciela Oferenta, zgodnie z formą reprezentacji określoną we właściwym rejestrze odpowiednim dla formy organizacyjnej przedsiębiorstwa Oferenta (lub pełnomocnik). Ofertę wraz z wymaganymi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi Oferenta oraz napisem: „Konkurs świadczeń zdrowotnych nr 45/DO/12/2019”.
3. Oferta winna być przygotowana w sposób zapobiegający możliwości dekompletacji zawartości oferty (kartki zszyte, zbindowane itp.).
4. Prosimy o dołączenie do oferty spisu treści zawierającego wykaz wszystkich załączników oraz o ponumerowanie stron lub kartek oferty. Prosimy o opieczętowanie oferty pieczętą firmową.
5. Każdy z Oferentów może złożyć tylko jedną ofertę łącznie na wszystkie zadania.
6. Oferent ponosi wszelkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

VI. ZAWARTOŚĆ OFERTY:

Oferent powinien złożyć ofertę wraz z dokumentami :

1. Formularz ofertowo-cenowy –załącznik nr 1
2. Oświadczenie Oferenta - załącznik nr 2
3. Wykaz posiadanych lub będących w dyspozycji Oferenta środków transportu – załącznik nr 3
4. Wykaz pracowników – załącznik nr 4
5. Potwierdzenie opłacenia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu– załącznik nr 5
6. Referencje- załącznik nr 6
7. Zaparafowany projekt umowy – załącznik 7

oraz następujące kserokopie dokumentów formalnych:

1. kopia dokumentu potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę) – zaświadczenia o wpisie
2. kopia dokumentu potwierdzającego sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej),
3. kopia dokumentu potwierdzającego nadanie NIP,
4. kopia dokumentu potwierdzającego nadanie REGON,
5. kopia polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń na okres obowiązywania umowy – zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,

KSEROKOPIE DOKUMENTÓW WINNY BYĆ POTWIERDZONE ZA ZGODNOŚĆ Z ORYGINAŁEM PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE ZGODNIE Z FORMĄ REPREZENTACJI OKREŚLONĄ WE WŁAŚCIWYM REJESTRZE.

VII. MIEJSCE ORAZ TERMIN SKŁADANIA I OTWARCIA OFERT

1. Oferty należy składać w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Dziale Organizacji Usług Medycznych i Statystyki pokój nr. 1.02. , do dnia 09.01.2020 r. do godz. 11⁰⁰.
2. Otwarcie ofert nastąpi w dniu 09.01.2020 r. o godz. 11³⁰ w siedzibie Udzielającego zamówienia w Zabrze przy ul. Zamkowej nr 4, w Budynku Dyrekcji, I piętro (świetlica).

VIII. KRYTERIA ORAZ SPOSÓB DOKONYWANIA OCENY OFERT

1. Oferta będzie oceniana pod względem:

- formalnym tj. spełnienia warunków podanych w warunkach szczegółowych (wymagana dokumentacja),
- merytorycznym tj. wyboru najkorzystniejszej oferty, zgodnie z podanymi niżej kryteriami:

CENA

100 pkt

Oferta o najniższej cenie brutto otrzyma 100 punktów.

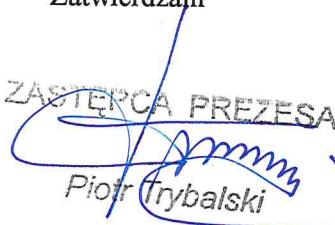
Oferta o wyższej cenie otrzymają proporcjonalnie mniej punktów wg wzoru:

$$X = \frac{\text{cena najniższa}}{\text{cena badanej oferty}} \times 100 \text{ punktów}$$

IX. INFORMACJE KOŃCOWE

1. Postępowanie konkursowe będzie prowadzone z zastosowaniem przepisów obowiązujących zgodnie z art. 26 ustawy o działalności leczniczej.
2. Zapytania ofertowe można składać najpóźniej do dnia 07.01.2020 r. do godz. 10:00.
3. Oferenci mogą być obecni przy otwieraniu ofert, w trakcie którego nastąpi odczytanie nazw oferentów i ceny ofertowej. Po odczytaniu powyższych danych odbędzie się niejawną część posiedzenia komisji konkursowej, w trakcie której zostanie dokonana dokładna analiza ofert.
4. Z Oferentem, którego oferta będzie najkorzystniejsza, zostanie podpisana umowa wg wzoru określonego w załączniku nr 7
5. Osobami upoważnionymi do kontaktów z oferentami są:
Teresa Skalec - tel.: (032) 277-61-00 w. 105
Jadwiga Piekarska - tel.: (032) 277-61-00 w. 104

Zatwierdzam

ZASTĘPCA PREZESA

Piotr Frybalski

.....
Pieczęćka firmowa

.....dnia r.

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY

DANE OFERENTA:

Pełna nazwa

Adres

Tel Fax e-mail:

.....

NIP REGON KRS

Osoba upoważniona do kontaktów

1. Oświadczamy, że zrealizujemy zamówienie zgodnie z wszystkimi warunkami zawartymi w warunkach szczegółowych konkursu nr 45/DO/12/2019.
2. Zapewniamy, że pojazdy oddane do dyspozycji Udzielającego zamówienia spełniają wymogi określone w warunkach szczegółowych konkursu oraz, że wszystkie osoby wykonujące zamówienie posiadają kwalifikacje i uprawnienia wymagane przepisami prawa, a ich stan zdrowia umożliwia należyte wykonanie usługi.
3. Okres realizacji zamówienia wynosi: od dnia zawarcia umowy do **19.01.2022 r.**
4. Termin płatności z tytułu świadczenia usług – 30 dni od daty dostarczenia faktury VAT/rachunku.
5. Oświadczamy, że:
 - a) zapoznaliśmy się z warunkami szczegółowymi konkursu i treścią projektu umowy i przyjmujemy je bez zastrzeżeń,
 - b) przedmiot zamówienia wykonamy sami / z udziałem podwykonawców *, którym zamierzamy powierzyć następujący zakres zamówienia
 - c) uważamy się za związanych niniejszą ofertą na okres 30 dni,
 - d) wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w ofercie są prawdziwe i dokładne w każdym szczególe.



6. Oferujemy następujące ceny:

L.p.	Rodzaj usług	J.m.	Ilość -km; -godzin	Cena jedn. brutto	Wartość roczna brutto
1.	Zadanie 1 Karetka typu „S” do zaawansowanego leczenia i monitorowania pacjentów: Skład Zespołu: kierowca ratownik medyczny - pielęgniarka systemu - lekarz systemu	kilometr	18 430		
		Godzina pracy zespołu	980		
	Wartość brutto Zadania 1				
2.	Zadanie 2 Karetka typu „P” do transportu, leczenia i monitorowania pacjentów: Skład zespołu: - kierowca ratownik medyczny - ratownik medyczny bądź - kierowca ratownik medyczny - pielęgniarka systemu	kilometr	8160		
		Godzina pracy zespołu (kierowca ratownik medyczny + ratownik medyczny)	540		
		Godzina pracy zespołu (kierowca ratownik medyczny + pielęgniarka systemu)	100		
	Wartość brutto Zadania 2				
3.	Zadanie 3 1/Karetka typu „T” Skład do transportu pacjenta: - zespół (kierowca +sanitariusz bądź kierowca	kilometr	84 300		
		Godzina pracy zespołu(kierowca + sanitariusz)	5 720		
		Godzina pracy kierowcy	750		
	Wartość brutto Zadania 3 pkt.1				
	Zadanie 3 2/Karetka typu „T” transport krwi i materiału biologicznego realizowany przez -kierowcę	kilometr	36 100		
		Godzina pracy kierowcy	1330		
	Wartość brutto Zadania 3 pkt.2				
	Wartość brutto zadania 3 (pkt 1 i pkt 2)				
	Ogółem wartość zamówienia:				

7. W/w podane ceny obejmują wszystkie koszty poniesione w związku z wykonywaną usługą, w tym między innymi wynagrodzenie kierowcy ratownika medycznego, ratownika medycznego, pielęgniarki systemu, lekarza wraz z kosztami pochodnymi, serwis pojazdu, paliwo, ubezpieczenie, ewentualne naprawy itd.

8. Ilości kilometrów i godzin określone przez Udzielającego zamówienia, są ilościami przewidywanymi, Przyjmującemu zlecenie nie przysługuje roszczenie z tytułu wykorzystania mniejszej ilości niż założona w zamówieniu.

9. Transport sanitarny i medyczny pacjentów realizuje się w trybie „planowym” lub w trybie „pilnym”. Transport w trybie „pilnym” to rodzaj transportu, którego nie można zaplanować, ani przewidzieć, a jego natychmiastowa realizacja jest konieczna. Pozostały transport odbywa się w trybie planowym. O trybie realizacji usługi decyduje Udzielający zamówienia.

10. Transport planowy winien być realizowany według następujących zasad:

1/Przewóz pacjentów na badania i konsultacje realizowany winien być zgodnie ze złożonym przez Udzielającego zamówienia zleceniem z bezwzględny przestrzeganiem przez Przyjmującego zamówienie daty i godziny wykonania usługi

2/Przewóz pacjenta do poradni specjalistycznej/ oddziału szpitalnego realizowany winien być między godz. 10:00 a godz. 12 :30 (za wyjątkiem indywidualnych ustaleń)

3/Odwóz pacjentów do innego szpitala, ZOL, DPS , itp. realizowany winien być między godz. 10 :00 a godz. 14:00 (za wyjątkiem indywidualnych ustaleń)

4/Odwóz pacjenta z oddziału szpitalnego do domu realizowany winien być między godz. 13:00 a godz. 18:00 (za wyjątkiem indywidualnych ustaleń).

11. Transport sanitarny powinien być realizowany najkrótszą trasą lub trasą, która zapewnia najkrótszy czas dojazdu.

12. W przypadku braku realizacji świadczenia przez Przyjmującego zamówienie na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia, Udzielającemu zamówienia przysługuje uprawnienie zlecenia osobom trzecim realizacji świadczenia a tym samym obciążenie kosztami usługi Przyjmującego zamówienie.

13. Ilekroć jest mowa o:

1/ **Zespole „S”*** - rozumie się przez to przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z komórek organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o. o, w asyście lekarza, wg zasad określonych przez NFZ., w tym również transport pacjentów w stanach nagłego zagrożenia zdrowia.

W ramach usługi świadczonej przez zespół „S” Oferent zapewnia spełnienie następujących wymagań:

- Skład zespołu „S”- co najmniej 3 osoby uprawnione do wykonywania medycznych czynności ratunkowych w tym: lekarz systemu, pielęgniarka systemu lub ratownik medyczny, kierowca ratownik medyczny.

Maksymalny czas oczekiwania wynosi do 60 minut

- w przypadkach nagłych i stanach zagrażających zdrowiu i życiu maksymalny czas oczekiwania na specjalistyczny zespół „S” . od momentu zgłoszenia do przyjazdu do Udzielającego zamówienia wynosi 30 minut.

- Oferent zapewnia nadzór merytoryczny prawidłowego funkcjonowania zespołu.

- Oferent ponosi odpowiedzialność cywilną za szkody wynikłe w przebiegu leczenia oraz szkody przewozowe na osobach. Usługa realizowana przez 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

2/ **Zespole „P”***- rozumie się przez to przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z komórek organizacyjnych Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o. o. w asyście ratownika medycznego bądź pielęgniarki systemu, wg zasad określonych przez NFZ.

Maksymalny czas oczekiwania na przyjazd Zespołu P od momentu zgłoszenia do przyjazdu do udzielającego zamówienia wynosi :do 60 minut Usługa realizowana przez 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

3/ **Zespole T*** - rozumie się przez to przewóz krwi i materiału biologicznego oraz przewóz pacjentów środkami transportu sanitarnego w pozycji leżącej lub siedzącej, zgodnie ze zleceniem z oddziałów szpitalnych, poradni specjalistycznych, Izb Przyjęć i Medycznego Laboratorium Diagnostycznego Szpitala Miejskiego w Zabrze , bez asysty lekarza i ratownika medycznego, wg zasad określonych przez NFZ.

Transport krwi i materiału biologicznego odbywa się tylko z udziałem kierowcy.

Maksymalny czas oczekiwania na przyjazd Zespołu T od momentu zgłoszenia do przyjazdu do Udzielającego zamówienia wynosi :do 60 minut. Usługa realizowana przez 24h/dobę przez 7 dni w tygodniu.

Transport krwi na ratunek maksymalny czas oczekiwania do 30 minut od momentu zgłoszenia zapotrzebowania

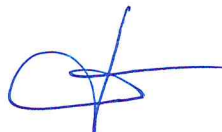
*niepotrzebne skreślić

OFERTA wraz z załącznikami zawiera łącznie : ponumerowanych, parafowanych stron.

Załączniki do oferty (wymienić):

1.
2.
3.
4.
5.
6.

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta)



**Załącznik nr 2
do warunków szczegółowych konkursu**

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie: udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: TRANSPORT MEDYCZNY i SANITARNY dla potrzeb Szpitala Miejskiego w Zabrze Sp. z o.o. oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

- a) dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach i uprawnieniach zawodowych pozwalających w pełni realizować przedmiot konkursu zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami (ustawa z dnia 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym tekst jednolity Dz. U. z 2019 r. , poz. 993 z późn. zm)posiadam specjalistyczne środki transportu sanitarnego, spełniające standardy higieniczne oraz cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane;
 - b) posiadam w pełni sprawne i dopuszczone do użytku środki łączności stosowane do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie transportu sanitarnego zgodnie z obowiązującymi przepisami, umożliwiające realizację zamówienia w ciągu 24 godzinnego dyżuru dyspozytora;
 - c) spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym, w tym wymagania NFZ dla pojazdów używanych do celów transportu sanitarnego;
 - d) oświadczam, że środki transportu do wykonywania przedmiotu postępowania są w pełni sprawne i dopuszczone do użytku, zgodnie z obowiązującymi przepisami oraz posiadają aktualne polisy ubezpieczeniowe OC i NW.
 - e) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego,
 - f) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- ✓ Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
 - ✓ Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności leczniczej związanej z przedmiotem zamówienia oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
 - ✓ Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
 - ✓ Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 - ✓ Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych .

..... , dnia
(miejsowość)

.....
(podpis osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta)