23 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo – Rehabilitacyjny SP ZOZ , 57 -540 Lądek Zdrój Pl. Mariański 7/8 – z siedzibą przy ul. Jadwigi 1 - Dział Kadr , pok. 202

Tel. 609 401 691, fax. (074) 8117-227, Godziny urzędowania: pn. - pt: 7:00 – 14:00

Załącznik nr 3 do SWKO

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przedmiot zamówienia: **„udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby wykonujące zawód lekarza w zakresie określonym w Zadaniach nr 1 - 4.**

Nazwa wykonawcy.........................................................................................................................

…………………………………………………………………………………

Adres wykonawcy :........................................................................................................................

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia **Nr KO/1/SUZ/2024** o konkursie ofert, przedmiotem konkursu (SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na okres **4 lat.**
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
4. Oświadczam, że w dniu zawarcia umowy przedłożę aktualna polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych. Minimalna kwota ubezpieczenia określona jest w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29.04.2019r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. 2019 poz. 866);

………………………………………

Miejscowość i data

.......................................

podpis oferenta

Konkurs ofert – Nr KO/1/SUZ/2024