Załącznik nr 3 do WKO

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

2. Oświadczam, że zapoznałem/-łam się z Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że posiadam/podmioty, za pomocą których będę realizował przedmiot konkursu posiadają\* wszelkie wymagane prawem kwalifikacje i uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu.

4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane w oddziałach stacjonarnych, zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. *w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień* (Dz. U. z 2013 r., poz. 1386 z późn. zm.), oraz Zarządzenia **Nr 79/2013/**DSOZ **Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 13 grudnia 2013 r. *w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień***, z późniejszymi zmianami.

5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy wskazanej w pkt 4 powyżejna okres: 01.06.2015 r. - 31.12.2016 r.

6. Oświadczam, że uważam się za związanego/-ną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

7. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

8. Oświadczam, że posiadam zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/oświadczam, że zobowiązuję się dostarczyć zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą   
w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy z Udzielającym zamówienie\*.

9. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.*

Oświadczam, że w przypadku wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się   
w terminie 14 dni od dnia podpisania umowy wskazanej w pkt. 4, zawrzeć umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. *w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą*, na okres obowiązywania umowy wskazany w pkt 5 i przekazać kopię polisy OC Udzielającemu zamówienie.\*

10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

11. Oświadczam, że dane zawarte w dokumentach dołączonych do złożonej przez mnie oferty są aktualne na dzień składania ofert.

.………………………………………….

data i podpis Oferenta

*\*Niepotrzebne skreślić*