



Załącznik Nr 2

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że spełniam warunki określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą, ustanowione ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024 r., poz. 779).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania formalne określone w materiałach regulujących przebieg i warunki udziału w konkursie ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia (podpisania) na warunkach określonych w w/w projekcie umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
5. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
6. Oświadczam, że pozostanę związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
9. Oświadczam, że umowę będę realizował zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
10. Oświadczam, że zawarłem umowę o odpowiedzialności cywilnej zgodnie z obowiązującymi przepisami lub zostanie ona zawarta najpóźniej do dnia podpisania umowy i że będzie opłacana przez cały okres obowiązywania umowy.

data, pieczęć i podpis Oferenta

Ponadto ma Pani/Pan **prawo do wniesienia skargi** do organu nadzorczego, którym jest Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych (00-193 Warszawa, ul. Stawki 2), gdy uzna Pani/Pan, iż przetwarzanie danych osobowych dotyczących Pani/Pana narusza przepisy RODO.

Informujemy, iż Pani/Pana **dane osobowe mogą być przekazywane** odbiorcom danych, świadczącym na rzecz Administratora danych usługi w zakresie doręczania przesyłek (usługi kurierskie), usługi informatyczne oraz usługi prawnicze. Poza wskazanymi podmiotami, Pani/Pana dane mogą być udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym do tego na podstawie powszechnie obowiązujących przepisów prawa.

Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych	
Imię i nazwisko osoby wyrażającej zgodę	
Data i miejsce	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Świątej Katarzynie w celach rekrutacyjnych.	
Podpis osoby wyrażającej zgodę	

