**Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu**

**Oświadczenie oferenta**

Niniejszym oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.) oraz w ustawie z 27 lipca 2001r. o diagnostyce laboratoryjnej.( Dz. U . 2022 poz. 134)
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących Udzielającego zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu niewłaściwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
12. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym w Rykach Sp. z o.o. zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu.
13. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym w Rykach Sp. z o.o. nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

 ……………………….. …………..….……………………………

 miejsce i data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby

 uprawnionej do złożenia oferty