.....
Pieczęć firmowa Oferenta

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych
KSZ/DB/5/2025

I. Udzielający Zamówienia (Zamawiający):

Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II
Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 6
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
ul. Medyków 16, 40-752 Katowice

II. Oferent

Nazwa Oferenta .....

Adres siedziby Oferenta ....

NIP..... REGON.....

KRS ..... Nr księgi rejestrowej .....

tel. .....fax..... e-mail.....

- Miejsce wykonywania świadczeń objętych ofertą: .....
- Odległość od siedziby Udzielającego Zamówienia (w km): .....

Osoba do kontaktu w sprawach związanych ze złożona ofertą:

.....

Dane teleadresowe osoby do kontaktu: .....

III. Oświadczenia

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert poprzedzającego zawarcie umowy o wykonywanie świadczeń zdrowotnych oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" (SWKO) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu zawartych w ofercie w okresie i na zasadach określonych w SWKO i załącznikach do SWKO.
3. Oświadczam, że akceptuję wzór umowy i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na warunkach zawartych w projekcie umowy wraz z naniesionymi zmianami w trakcie postępowania na wniosek Oferenta.
4. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w ofercie.
5. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia

usług w zakresie przedmiotu zamówienia oraz dysponuję niezbędnym sprzętem, urządzeniami i pomieszczeniami umożliwiającymi ich realizację, a także oświadczam, iż spełniam standardy Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia określone dla podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych w dziedzinie objętej postępowaniem konkursowym. Aparatura i sprzęt medyczny posiadają stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy techniczne w ilości i zakresie zgodnym z zaleceniami producenta.

6. Oświadczam, że dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi oraz środkami transportu i łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny obejmującej przedmiot postępowania konkursowego.

7. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania przedmiotu postępowania konkursowego.

8. Oświadczam, że wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w Ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. *o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* (t. j. Dz. U. z 2024. poz. 146 z późn. zm.) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.

9. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających na pełną realizację przedmiotu konkursu.

10. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.

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

12. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń objętych zakresem umowy z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, technicznej i analitycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.

13. Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 Ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego* (Dz. U. z 2024 poz. 507 z późn. zm.).

14. Oświadczam, że przekazałem wszystkim osobom fizycznym, których dane ujawniłem Zamawiającemu w celu wzięcia udziału w postępowaniu o udzielenie zamówienia, informację, o której mowa w art. 14 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (dalej RODO), o poniższej treści:

    - Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka im. św. Jana Pawła II Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 6 Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach przy ul. Medyków 16, 40-752 Katowice (dalej Szpital);
    - Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych Szpitala: iodo@gczd.katowice.pl lub adres siedziby Szpitala;
    - Pani/Pana dane osobowe w postaci danych identyfikacyjnych oraz danych kontaktowych przekazane zostały Szpitalowi przez Oferenta w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia;
    - Dane osobowe przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w celu związanym z postępowaniem o udzielenie zamówienia /dane identyfikujące postępowanie, np. nazwa, numer/ prowadzonym w trybie konkursu ofert oraz art. 6 ust. 1 lit. f RODO w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń; dane osobowe nie będą wykorzystywane do zautomatyzowanego podejmowania decyzji;
    - Odbiorcami danych osobowych będą osoby lub podmioty dostarczające i wspierające systemy teleinformatyczne Szpitala i świadczące usługi w zakresie archiwizacji i niszczenia dokumentacji, operatorzy pocztowi i kurierzy, podmioty w zakresie sprawowanej kontroli lub nadzoru nad Szpitalem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa; dane osobowe nie będą przekazywane poza Europejski Obszar Gospodarczy;
    - Dane osobowe będą przechowywane do zakończenia postępowania o udzielenie zamówienia, a następnie do czasu przedawnienia roszczeń;

- Wobec przetwarzania danych osobowych w celu ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń przysługuje prawo do wniesienia sprzeciwu z przyczyn związanych z Pani/Pana szczególną sytuacją;
- Posiada Pani/Pan również prawo żądania dostępu do swoich danych i ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania oraz prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta oraz odpowiedzialnością wynikającą z przepisów prawa.

....
Miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta