Załącznik nr 1

do Formularza Ofertowego w konkursie ofert na zawarcie umowy dotyczącej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej opisanych w programie polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Kołobrzeg w latach 2019-2023".

.....
pieczęć Realizatora

Oświadczenia Realizatora

W załączeniu do złożonej Oferty w konkursie ofert na zawarcie umowy dotyczącej realizacji świadczeń opieki zdrowotnej opisanych w programie polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Kołobrzeg w latach 2019-2023", niniejszym oświadczam, że:

1. Poniższe dane są prawdziwe i aktualne:

   Dane Realizatora:

   Nazwa podmiotu leczniczego: .....

   .....

   Adres siedziby .....

   Nr wpisu do KRS lub CEIDG: .....

   Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: .....

   Nr wpisu do rejestru ośrodków medycznie wspomaganej prokreacji i banków komórek rozrodczych i zarodków prowadzonego przez Ministra Zdrowia: .....

   Telefon, fax: .....

   e-mail .....

   Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktów z Zamawiającym: .....

2. Dane osób upoważnionych do podpisania umowy:

   a) .....

   b) .....

   c) .....

3. Numer rachunku bankowego: .....

Ponadto oświadczam, że Realizator:

4. Nie zalega z opłatami z tytułu składek ubezpieczenia społecznego lub zdrowotnego.
5. Nie zalega z opłatami należnych podatków.
6. Nie ma otwartego postępowania likwidacyjnego, nie ogłosił upadłości, ani nie toczy się postępowanie w przedmiocie upadłości, sanacji lub restrukturyzacji.
7. Zatrudnia personel posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert.

8. Posiada warunki niezbędne do wykonania niniejszej umowy, w tym umowy z podwykonawcami wymienionymi w formularzu oferty, którzy zobowiązali się na czas realizacji niniejszego zadania do oddania niezbędnych zasobów w celu realizacji zadania.
9. Wyraża zgodę na poddanie się kontroli w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących przepisach z zakresu właściwego przedmiotu umowy.
10. Posiada polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą w zakresie objętym konkursem oraz zobowiązuje się do posiadania takiej polisy przez cały okres trwania umowy.
11. Jako Realizator braliśmy* / nie baliśmy* udział w "Programie Leczenia Niepłodności Metodą Zapłodnienia Pozaustrojowego na lata 2013-2016 finansowanym ze środków Ministerstwa Zdrowia.
12. Jesteśmy* / nie jesteśmy* realizatorami umów zawartych z jednostkami samorządu terytorialnego na realizację lokalnych programów polityki zdrowotnej w zakresie zapłodnienia pozaustrojowego:

LP	Nazwa jednostki samorządu terytorialnego

13. Przedstawiamy następujące dowody na skuteczność zapłodnienia pozaustrojowego metodą IVF/ICSI przeprowadzanego w naszym podmiocie leczniczym:

LP	Nazwa załączonego dowodu

Jako osoba uprawniona do reprezentacji Realizatora oświadczam, że:

1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia,
2) dane zawarte w ofercie są prawdziwe,
3) Realizator spełnia wymagania zawarte w programie polityki zdrowotnej: „Leczenie niepłodności metodą zapłodnienia pozaustrojowego dla mieszkańców miasta Kołobrzeg w latach 2019-2023".
4) Wymienione w ofercie, projekcie umowy i warunkach szczegółowych konkursu warunki zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru oferty Realizatora do zawarcia umowy w wyznaczony sposób i w określonym w Ogłoszeniu terminie.

....

miejscowość i data (podpis Realizatora)

* - niewłaściwe skreślić