

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Sp. z o.o.

ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05 – 600 Grójec

Tel. +48 48 664 91 00

E – mail: sekretariat@pcmg.pl

Fax. +48 48 664 21 81

www.pcmg.pl

Załącznik nr 4

Postępowanie nr: 11/K/2017

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Dane Oferenta:

Imię i nazwisko:

Nazwa praktyki:

Adres:

Nr telefonu: Nr faksu:

Adres poczty elektronicznej:

Oferent oświadcza, że:

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie poprzedzającym zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych w PCMG Sp. z o.o.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze *Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert* i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę osobiście w siedzibie PCMG Sp. z o.o., 05-600 Grójec ul. Ks. Piotra Skargo 10.
8. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania świadczeń zdrowotnych z należytą starannością przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
9. Zobowiązuję się przed zawarciem umowy dostarczyć dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą rodzaju i zakresu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w PCMG Sp. z o.o.

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w dokumentach ofertowych, w celach związanych ze złożeniem oferty na udzielanie świadczeń w konkursie ofert ogłoszonym przez PCMG sp. z o.o., zgodnie ustawą z dnia 29 sierpnia o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2016r. po. 922).

Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że podanie przeze mnie danych jest dobrowolne i że przysługuje mi prawo wglądu do moich danych, ich poprawiania uzupełnienia, uaktualnienia lub sprostowania.

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęćka Oferenta

Powiatowe Centrum Medyczne w Grójcu Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ul. Ks. Piotra Skargi 10, 05-600 Grójec
Wpisano do Krajowego Rejestru Sądowego XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego Sąd Rejonowy dla M St. Warszawy w Warszawie.
Nr KRS: 0000351118, NIP 797-201-92-61, REGON: 142203546

Dyrektor ds. Relacji z Pacjentem
i Personalem
(Apłudek...)

Dyrektor ds. Medycznych

lek.med. Paweł Radwański

(Podpis)