**JEDNOCZEŚNIE OFERENT OŚWIADCZA:**

1. że zapoznał się z ogłoszeniem o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem programu polityki zdrowotnej pn. „Program szczepień profilaktycznych przeciwko grypie dla mieszkańców Gminy Stepnica w wieku 65 lat i więcej na lata 2018-2022” o realizacji świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniach spełniających określone przepisami wymagania techniczne i sanitarne,
2. że osoby realizujące program objęte ofertą, spełniają wymogi kwalifikacyjne (potwierdzone stosownymi dokumentami),
3. o zawarciu umowy z NFZ o/Szczecin na świadczenia zdrowotne w ramach podstawowej opieki zdrowotnej,
4. o prawdziwości danych zawartych w ofercie,
5. o posiadaniu aktualnej polisy zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2018 r. poz. 160 z poźn. zm.);
6. przez cały okres realizacji programu polityki zdrowotnej na zlecenie Zleceniodawcy, zobowiązuję się do:
7. zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach, zabezpieczenia warunków lokalowych oraz dostępu do sprzętu i materiałów, niezbędnych do prawidłowego wykonania świadczeń i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach,
8. udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
9. utrzymania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych – przez cały okres realizacji programu oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia,
10. zabezpieczenie standardu świadczeń w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (w szczególności z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, sprzętu, liczby i kwalifikacji personelu udzielającego świadczeń).

……………………………………… ………………………………………

miejscowość, data podpis i pieczątka przedstawiciela/-li oferenta upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta