

OFERTA

I. Dane podmiotu uprawnionego ubiegającego się o realizację zadania:

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....
.....
.....

2. Forma prawna:

.....
.....

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/ grupowej praktyki lekarskiej/ zakładu opieki zdrowotnej – zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru

.....
.....

4. Tel.:.....

e-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji – podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3

.....

6. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

7. Numer REGON:

8. Numer NIP:

9. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta** w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):**

.....

.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie) - opisać w jakim zakresie medycznym Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych.

.....

.....

12. Sprzęt medyczny- wskazać czy świadczenia zdrowotne Oferent będzie wykonywał przy pomocy sprzętu własnego czy użyczonego przez ŚCO.

.....

13. Miejsce realizacji zadania: **wpisać Poradnię/ Zakład/ Dział ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne.**

.....

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: **Poniżej należy wpisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych.**

(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)

.....

.....

15. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych.**

Proponowana cena:

- a.zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

16. **W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, że:**

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe

- b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe: (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe):

.....
.....
.....

- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

- wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie
- wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach

- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że: (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

- 36 miesięcy
- mniej niż 36 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące, **proszę podać okres na jaki ofert deklaruje zawarcie umowy**

17. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO

18. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

19. Załączniki do oferty: (**zaznaczyć poniżej** i **złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności)

- aktualny wydruk z CEIDG,
- wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego,
- aktualny wydruk księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)
- dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- dyplom potwierdzający nadanie stopnia naukowego,
- dyplom potwierdzający nadanie tytułu naukowego,
- obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń (lub oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 5),
- aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta