

FORMULARZ OFERTOWY NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

USŁUGI LEKARZA

I DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko/ Nazwa..... *

PESEL/Data urodzenia..... *

imię ojca, matki..... *

Adres/Siedziba.....

Telefon kontaktowy/faks..... ew. pieczęć

II PRZEDMIOT I OFEROWANA CENA

CZEŚĆ/RODZAJ	KOMÓRKA ORGANIZACYJNA/ZAKRES	REALIZOWANE PRZEZ	PRZEDZIAŁ GODZINOWY DYŻURU		OCZEKIWANA NALEŻNOŚĆ PODANA W ZŁ BRUTTO			
			DYŻUR	KONSULTACJA/BADANIE/ZABIEG	BRUTTO ZA 1 H DYŻURU	BRUTTO ZA PUNKT	% od kwoty otrzymanej od podmiotów	ZA KONSULTACJĘ/BADANIE/ZABIEG/usługę/za 1h dyż/wizyta pod tel/wizyta domo

***ABY OFERTA BYŁA WAŻNA WYPEŁNIJ ZGODNIE Z CZĘŚCIĄ/RODZAJEM/KOMÓRKĄ ORGANIZACYJNĄ PRZEDZIAŁEM GODZ ORAZ SPOSOBEM NALEŻNOŚCI ZA USŁUGĘ JAK W SZCZEGÓLNYCH WARUNKACH KONKURSU!!!**

***NALEŻY UZUPEŁNIĆ WŁAŚCIWY WIERSZ, EW. NIEPOTRZEBNE WYKREŚLIĆ!!!!**

OFEROWANA LICZBA GODZIN.....

III WARUNKI LOKALOWE, WYPOSAŻENIE W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI

Przedmiot zamówienia będzie wykonywany w pomieszczeniach i na wyposażeniu m.in. sprzęcie Udzielającego Zamówienie,

IV LICZBĘ I KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA

Liczba osób	Imię Nazwisko/Nazwisko Rodowe	Imię ojca i matki	Pesel/ data urodzenia	Kwalifikacje zawodowe			staż pracy w zawodzie	uwagi
				tytuł naukowy	specjalizacja	inne		

*dane dla osób realizujących świadczenia w im. oferenta na rzecz Udzielającego Zamówienie potwierdzone dokumentami jak w Dziale V Szczegółowych Warunków Konkursu dla każdego osobno

V CZAS TRWANIA UMOWY

Od 1 stycznia 2022 roku do 31 grudnia 2022 roku z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu.

VI SPOSÓB ZAPŁATY

Oferent oświadcza, że sposób zapłaty nastąpi zgodnie z opisanym w projekcie umowy.

VII OŚWIADCZENIA

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu na świadczenia zdrowotne w tym z klauzulą informacyjną i projektem umowy stanowiącym Załącznik do szczegółowych warunków konkursu i przyjmujemy te warunki bez zastrzeżeń.
2. otrzymałem konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty.
3. uważam się związanym niniejszą ofertą na czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu.
4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy z udzielającym zamówienie na warunkach określonych w ogłoszeniu, szczegółowych warunkach konkursu na świadczenia zdrowotne w tym określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu oraz złożonej ofercie, a w przypadku wiążącej strony umowy kontraktowej w tym samym zakresie zobowiązuję ją rozwiązać przed dniem jej zawarcia.
5. spełniam warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu na świadczenia zdrowotne, a w szczególności określone w pkt III i pkt. IV szczegółowych warunków konkursu oraz posiadam niezbędną wiedzę, doświadczenie oraz niezbędne dopuszczenia, zezwolenia, badania itp. niezbędne do wykonywania przedmiotu konkursu w szczególności spełniam wymagania określone ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej, ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentystry/ wraz z aktami wykonawczymi do tych ustaw i innych właściwych dla wykonywanego zawodu i w przypadku zmiany w/w dostosuje wymogi do obowiązujących przepisów lub w przypadku niemożności dostosowania powiadomię niezwłocznie o tym Udzielającego Zamówienie celem rozwiązania umowy.
6. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla uczestników postępowań konkursowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przedmiotowego postępowania konkursowego oraz ewentualnej umowy cywilno - prawnej zgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.
8. wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
9. nie toczą się wobec mnie/osób realizujących świadczenia żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
10. Posiadam wiedzę, że umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta/osób realizujących świadczenia w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika.

VIII ZAŁĄCZNIKI*

- Wpis do ewidencji działalności gospodarczej/ opcjonalnie KRS w tym potwierdzające nadanie Regon i NIP oraz zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykon. Działalność leczniczą, rejestru praktyk zawodowych (jeśli dotyczy)
- Dokumenty kwalifikacyjne uprawniające do wykonywania przedmiotu zamówienia (np. dyplom studiów, dyplom specjalizacji, certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta itp. - wszystkie potwierdzające uprawnienia do realizacji świadczeń w danym zakresie, które dotyczą)

- Prawo wykonywania zawodu
- Polisa OC
- Inne

.....
(miejsowość i data)

.....
(czytelne podpisy osób uprawnionych)

* Właściwe zaznaczyć