

.....  
(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**(dotyczy części A)**

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....  
.....

2. Forma prawna:

.....

3. Dokładny adres podmiotu 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: ..... Numer NIP: .....

8. Nazwa banku i numer rachunku: .....

.....

.....

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

.....

.....

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

.....

.....

11. Miejsce realizacji zadania: **wpisać Klinikę/Dział ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne**

.....

12. 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)*

.....

.....

13. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać w punktach a) i c) stawkę brutto w polskich złotych, w punkcie b) wartość wyrażoną w %.**

**Proponowana cena:**

- 1) .....zł brutto za godzinę udzielania świadczeń medycznych,
- 2) 1/14 z .....% wykonania przez Klinikę oraz Zakład Radioterapii procedur z ustalonego koszyka świadczeń (stanowiącego załącznik nr 5 do umowy) z kontraktu pomiędzy Udzielającym Zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia z zaokrągleniem do pełnych złotych,
- 3) .....zł brutto miesięcznie za pełnienie funkcji Kierownika Kliniki/Działu Radioterapii.

14. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam .....letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w szpitalu onkologicznym, w tym w obszarze planowania i realizacji terapii radioterapeutycznych,
- 2) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam .....letnie doświadczenie zawodowe na stanowisku Kierownika Kliniki/Działu.
- 3) Posiadam następujące specjalizacje zawodowe: (specjalizacja/e,).....  
.....  
.....  
.....
- 4) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
  - a) wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie .....
  - b) wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach .....
- 5) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że: (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
  - a) w dniu złożenia oferty **realizuję** na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie świadczenia zdrowotne w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowania .....
  - b) w dniu złożenia oferty **nie realizuję** na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie świadczeń zdrowotnych w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowania .....

15. Oświadczam, że zapoznałem/am się z SWKO oraz spełniam warunki udziału.

16. Oświadczam, że posiadam minimum trzyletnie doświadczenie zawodowe na stanowisku zastępcy kierownika/ordynatora oddziału/kliniki zgodne z przedmiotem zamówienia. Zobowiązuje się do przedłożenia na żądanie Udzielającego Zamówienie dokumentów potwierdzających złożone oświadczenie.

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 5a\* do SWKO i w pełni go akceptuję.

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 3),
- aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy),
- dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe na stanowisku Kierownika,
- aktualny certyfikat ukończenia kursu i zdania egzaminu „Ochrona Radiologiczna Pacjenta”,
- zaświadczenie o niekaralności wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty w niniejszym konkursie,
- oświadczenie o posiadanym doświadczeniu zawodowym zgodnie z załącznikiem nr 6A do SKWO.

**\*Uwaga do Formularza Ofertowego prosimy nie załączać załącznika nr 5a i załącznika nr 4.**

.....  
data i czytelny podpis Oferenta