

.....  
(pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ  
OFERTOWY  
(dotyczy części C)**

1. Firma oferenta (pełna nazwa):

.....  
.....

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 punkcie a) 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.

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

- 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) Posiadam następujące specjalizacje zawodowe: (specjalizacja/e).....  
.....  
.....  
.....  
.....
- 3) 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 .....
- 4) 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 zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4\* do SWKO.

17. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 5c\* do SWKO i w pełni go akceptuję.

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

- aktualny wydruk z CEIDG lub 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),
- 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.

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

.....  
data i czytelny podpis Oferenta