

.....
(pieczęć oferenta)

OFERTA (dotyczy CZĘŚCI B)

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 w Krajowym Rejestrze Sądowym **lub w innym rejestrze** (np.: prowadzonym dla indywidualnych/grupowych praktyk lekarskich przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**)

.....

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 oraz przy pomocy jakiego sprzętu (własnego czy będącego w posiadaniu ŚCO Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

13. 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)

.....

.....

14. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać w punkcie a i b stawkę brutto w polskich złotych**

Proponowana cena:

- a)zł brutto za wykonanie zabiegu wewnątrznaczyniowego jako **II asysta** w zespole za jednego pacjenta
- b) zł brutto za wykonanie jako **II asysta** zabiegu termoablacji za jednego pacjenta

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

17. Termin realizacji zadania:

od.....do.....

(termin winien wpisać Oferent zgodnie z ogłoszeniem o konkursie)

18. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 5 do SWKO

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

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

1. w przypadku indywidualnych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej lub wydruk z CEIDG,
- 3) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim, prawo wykonywania zawodu,
- 4) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 5) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 6) aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. Zdolność do pracy),
- 7) paszport dozymetryczny.

2. w przypadku grupowych praktyk lekarskich:

- 1) dokument stwierdzający wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich, prowadzonego przez właściwą okręgową izbę lekarską,
- 2) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 3) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego z części dot. rejestru przedsiębiorców,
- 4) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy grupowej praktyki,
- 5) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- 6) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
- 7) paszport dozymetryczny lekarzy grupowej praktyki

3. w przypadku podmiotów leczniczych:

- 1) potwierdzenie wpisu do RPWDL,
- 2) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 3) Statut Zakładu,

- 4) umowa spółki (jeżeli dotyczy),
- 5) dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim lekarzy zakładu,
- 6) dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty ,
- 7) paszport dozymetryczny lekarzy zakładu,
- 8) obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

DYREKTOR
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
(2)
Prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź

