

.....  
(pieczęć oferenta)

### OFERTA (dotyczy CZĘŚCI A)

#### 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 **operator lub I asysta** w zespole za jednego pacjenta umowy
- b) ..... zł brutto za wykonanie jako **operator lub I 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 posiadam .....letnie 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



