

OFERTA

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 wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

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 Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

12. Sprzęt medyczny- wskazać czy świadczenia zdrowotne Oferent będzie wykonywał przy pomocy sprzętu własnego czy użyczzonego przez ŚCO?

.....

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

.....

14. 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)

.....

.....

15. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych:**

Proponowana cena:

.....zł brutto za godzinę pełnienia dyżuru medycznego pełnionego w godzinach popołudniowych (tj. od poniedziałku do czwartku od godziny 15:00 do godziny 7:00 dnia następnego, w piątek od godziny 13:00 do godziny 7:00 dnia następnego, w soboty, niedziele oraz dni ustawowo uznane za wolne od pracy (tzw. dni świąteczne) w godzinach od 7:00 do godziny 7:00 dnia następnego.

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

1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe.

2) Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe: **(specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)**.....
.....
.....
....

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) 36 miesięcy

b) mniej niż 36 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące

5) Deklaruję liczbę dyżurów wykonywania świadczeń medycznych w miesiącu: **minimum.....i maximum**w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do czwartku od godziny 15:00 do 7:00 dnia następnego, w piątek od godziny 13:00 do godziny 7:00 dnia następnego, w soboty, niedziele oraz dni ustawowo uznane za wolne od pracy (tzw. dni świąteczne) w godzinach od 7:00 do godziny 7:00 dnia następnego.

17. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO.
18. Oświadczam, że zapoznałem/am się z SWKO oraz spełniam warunki udziału.
19. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

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

- 1) wydruk z CEIDG,
- 2) wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego,
- 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).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta