
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

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 stawkę brutto w polskich złotych**

Proponowana cena:

.....zł brutto za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

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,
- 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 w postępowaniu konkursowym z dnia 4 marca 2025 r.

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 5* 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,
- ☐ 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,
- ☐ 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 do SWKO),
- ☐ aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy),
- ☐ zaświadczenie o niekaralności wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty w niniejszym konkursie,
- ☐ oświadczenie o aktualności zaświadczenia z KRK.

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

data i czytelny podpis Oferenta