

.....
(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 finansowych 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:

- 1)zł brutto za wykonanie zabiegu wewnątrznaczyniowego jako **Druga Asysta** w zespole za jednego pacjenta.
- 2) zł brutto za wykonanie jako **Druga Asysta** zabiegu termoablacji za jednego pacjenta.

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.

2) Posiadam następujące specjalizacje zawodowe, dodatkowe kwalifikacje zawodowe: (specjalizacja/e, ukończone studia lub studia podyplomowe, certyfikaty, zaświadczenia):

.....
.....
.....
.....
.....

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 proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie
- b) w dniu złożenia oferty **nie realizuję** na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowanie

.....
data i czytelny podpis Oferenta

15. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z SWKO oraz spełnia 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 3 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,
- ☐ aktualny certyfikat ukończenia kursu i zdania egzaminu „Ochrona Radiologiczna Pacjenta”,
- ☐ certyfikat/y potwierdzające ukończenie szkoleń z zakresu procedur radiologii zabiegowej,
- ☐ paszport dozymetryczny,
- ☐ obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń (lub oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 5),
- ☐ aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy),
- ☐ zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (KRK) o niekaralności, wydane nie wcześniej niż 3 miesiące przed złożeniem oferty w niniejszym konkursie.

***Uwaga do Formularza Ofertowego prosimy nie załączać załącznika nr 3 i 4.**

.....
data i czytelny podpis Oferenta