

OFERTA

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 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 użyczonego przez ŚCO.

.....

13. Miejsce realizacji zadania: **wpisać Klinikę 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 w punktach 1),2) odpowiednio wartość wyrażoną w % i stawkę brutto w polskich złotych.**

Proponowana cena:

- 1)zł **brutto** za każdą godzinę wykonania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Przyjmującego Zamówienie w Klinice Onkologii Klinicznej
- 2)
 - a).....% od wyceny wykonanych przez lekarza w Klinice Onkologii Klinicznej świadczeń pobytowych/porad ambulatoryjnych, sprawozdanych i potwierdzonych przez NFZ, z zakresu leczenia szpitalnego w Dziale Chemioterapii, Ośrodka Chemioterapii Diennej lub Poradni Chemioterapii, wskazanych w załącznikach do umowy, wyliczona jako iloczyn sumy wyceny punktowej wszystkich świadczeń wskazanych w załącznikach nr 3A-3F do niniejszej umowy i uśrednionej ceny **1,40 zł** za punkt rozliczeniowy,
 - b) w kwocie, o której mowa w pkt.2) lit. a nie uwzględnia się wartości refundacji substancji czynnych finansowanych w programach lekowych i chemioterapii oraz świadczeń do sumowania z pobytem.

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

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe
- b. Posiadam następujące specjalizacje adekwatne do przedmiotu zamówienia poza wymaganą specjalizacją w dziedzinie onkologii klinicznej
.....
.....
- 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
- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że: (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

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

17. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO.

18. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

.....
Data i czytelny podpis Oferenta

19. 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,
 - dyplom potwierdzający nadanie stopnia naukowego,
 - dyplom potwierdzający nadanie tytułu naukowego,
 - obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń,
 - aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy),
 - załącznik nr 2,
 - załącznik nr 5 (jeśli dotyczy).
- **Uwaga do Formularza Ofertowego prosimy nie załączać załącznika nr 3 i 4.**

.....
Data i czytelny podpis Oferenta