

**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 Dział/zakład 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 godziny 15:00 od poniedziałku do czwartku, od godziny 13:00 w piątki do godziny 7:00 dnia następnego, w soboty, niedziele, dni ustawowo uznane za wolne od pracy ( tzw. dni świąteczne) w godzinach od 7:00 do 7:00 dnia następnego.

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

- 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 .....
- d. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam , że: (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
- 36 miesięcy .....
  - mniej niż 36 miesięcy, ale nie mniej niż 3 miesiące .....

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)

- 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

