

FORMULARZ OFERTOWY

**Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Wieluniu
w zakresie:**

.....
.....

Dane oferenta:

Imię i nazwisko oferenta:

.....

Nazwa oferenta zgodnie z danymi rejestrowymi

.....

Adres siedziby firmy:

ULICA I NUMER LOKALU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

NUMER TELEFONU:

NIP:

REGON:

PESEL:

IMIONA RODZICÓW:

NAZWISKO RODOWE:

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres siedziby firmy):

ULICA I NUMER LOKALU:

KOD POCZTOWY:

MIEJSCOWOŚĆ:

I. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

II. Proponowana liczba godzin:

III. Kwalifikacje zawodowe Oferenta:

a) W trakcie szkolenia specjalizacyjnego ☐

b) Specjalizacja I stopnia w dziedzinie: ☐

c) Specjalizacja II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie: ☐

IV. Doświadczenie w pracy/udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym złożoną Ofertą:

- a) Do 5 lat ☐
- b) 5-10 lat ☐
- c) Powyżej 10 lat ☐

V. Oświadczam, że w okresie 24 miesięcy poprzedzających złożenie oferty udzielałam/-em świadczenia zdrowotne w zakresie tożsamym ze składaną ofertą.

TAK ☐ NIE ☐

VI. Wyrażam zgodę na zawarcie umowy na okres **24 miesięcy**.

Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć):

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, umowy oraz szczegółowymi warunkami ofert na formularzu stanowiącym **załącznik nr 1** do niniejszych warunków,
- aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi KRS – aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej,
- aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności zgodnie z Rozporządzeniem Ministra finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r., poz. 866) lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy,
- dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe poświadczone za zgodność z oryginałem: dyplom ukończenia studiów, prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji w danej dziedzinie, bądź kartę szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji w toku, zaświadczenie o odbytych kursach i szkoleniach, certyfikaty,
- zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych, a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące,
- zaświadczenie o odbytym szkoleniu okresowym bhp,
- oświadczenie Oferenta o posiadanym doświadczeniu ze wskazaniem miejsc, w których je nabył,
- pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu Oferenta,
- inne, (jakie?).....
.....
.....
.....

Będąc świadomym konsekwencji wynikającym z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym

data, podpis i pieczęć Oferenta