

**FORMULARZ OFERTOWY
do konkursu nr 134/2024**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w formie:

☐ **Konsultacji laktacyjnych w Oddziałach Szpitala**

.....
(imię i nazwisko oferenta)

posiadający(a) indywidualną praktykę lekarską (nazwa i adres siedziby):

.....
.....

wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem

NIP..... REGON..... PESEL.....

Prawo wykonywania zawodu nr data uzyskania

Specjalizacja..... data uzyskania

Telefon E-mail

składa niniejszą ofertę:

1. Proponuję wynagrodzenie brutto w kwocie zł (słownie:) za każdą konsultację.

2. Ilość godzin dla udzielania konsultacji medycznych będzie ustalana z Udzielającym Zamówienia na każdy miesiąc.

- ☐ wyłącznie w dni powszednie
- ☐ w dni powszednie oraz weekendy
- ☐ w dni powszednie, weekendy i dni ustawowo wolne od pracy

3. Oświadczam, że posiadam kwalifikacje (*należy zaznaczyć właściwe pole*):

- ☐ Lekarz posiadający specjalizację
- ☐ Lekarz posiadający specjalizację I stopnia
- ☐ Lekarz posiadający specjalizację II stopnia

4. Oświadczam, że przez okres ostatnich 12 miesięcy przed dniem złożenia oferty (*należy zaznaczyć właściwe pole*):

- ☐ **udzielałem** świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia na rzecz Zamawiającego (bez względu na rodzaj łączącej strony umowy).
- ☐ **nie udzielałem** świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia na rzecz Zamawiającego (bez względu na rodzaj łączącej strony umowy).

Ponadto:

Formularz ofertowy konsultacje 134/2024

1. Oświadczam, że zapoznałem się z ogłoszeniem o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z dokumentami konkursowymi, w szczególności ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z projektem umowy stanowiący załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert i akceptuję jego treść.
4. Uważam się związanym ofertą przez okres 21 dni.
5. W razie wyboru złożonej przeze mnie oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do SWKO.
6. Do niniejszej oferty załączam wymagane dokumenty oraz oświadczenia.

Załączniki:

1. Formularz ofertowy.
2. Oświadczenie o niezaleganiu ZUS i US.
3. Oświadczenie o Ochronie Danych Osobowych.
4. Paraflowany projekt umowy.
5. Klauzula RODO.
6. Kopię dyplomu ukończenia studiów kierunkowych.
7. Aktualny wydruk z CEiDG.
8. Aktualny wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (Księgę Rejestrową).
9. Kopię umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanych świadczeń medycznych lub oświadczenie o jej dostarczeniu najpóźniej w dniu podpisania umowy.
10. Kopię dyplomu/ów specjalizacji II stopnia lub uzyskania tytułu specjalisty, zaświadczenia, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje.
11. Kopia Prawa Wykonywania Zawodu.
12. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP.
13. Aktualne orzeczenie lekarskie od Lekarza Medycyny Pracy lub oświadczenie o dostarczeniu orzeczenia najpóźniej w dniu podpisania umowy.
14. Aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno-epidemiologicznych lub oświadczenie o dostarczeniu orzeczenia najpóźniej w dniu podpisania umowy.

.....
Podpis (pieczęć imienna)