

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na kierowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii ( dyżury medyczne i gotowość pod telefonem do udzielania świadczeń na Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii II DCOPIH..

**DANE O OFERENCIE:**

Nazwa oferenta (zgodnie z rejestrem), **dokładny adres siedziby**  
.....  
.....

Numer NIP.....

Numer REGON .....

Numer telefonu kontaktowego .....

Adres e-mail .....

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....

Numer wpisu do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej lub grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego  
.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres od dnia podpisania umowy do .....
2. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne: .....
3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań)  
.....
4. Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.
5. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO / 1h	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja
1.	dyżur lekarski od pon.- pt, dni zwykłe		
2.	dyżur lekarski dni wolne i święta		
3.	gotowość – dyżur pod telefonem		
<b>ŁĄCZNIE BRUTTO:</b>			

\* w kolumnie lokalizacja zaznaczamy X **przy preferowanym** miejscu udzielania świadczeń – jeżeli dotyczy

6. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:  
.....

(nazwa banku i nr konta)

7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

8. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.

9. Oświadczam, że posiadam odpowiednie (zgodnie z warunkami Konkursu) kwalifikacje i uprawnienia lub posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do udzielania świadczeń objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.

**10. Oświadczam, że nie figuruję w Rejestrze KRK w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.**

11. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

- a. kopię dokumentu wydanego przez właściwy organ stwierdzający wpis do właściwego rejestru (KRS – jeśli dotyczy, zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej „CEIDG” – jeśli dotyczy),
- b. kopię umowy spółki cywilnej lub wyciąg z tej umowy zawierający postanowienia o zasadach reprezentacji spółki – w przypadku podmiotu leczniczego, dla którego organem założycielskim jest spółka cywilna – jeśli dotyczy,
- c. kopie dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:
  - odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych,
  - odpis dyplomu specjalizacji II stopnia w wymaganej dziedzinie medycyny lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu specjalisty w wymaganej dziedzinie medycyny (jeżeli dotyczy),
  - odpis dyplomu naukowego,
- d. odpis prawa wykonywania zawodu,
- e. **certyfikaty, zaświadczenia, oświadczenia, dyplomy na potwierdzenie kwalifikacji określonych w § 8 ust. 2 SWKO,**
- f. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
- g. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące – jeśli dotyczy;
- h. dokument potwierdzający uzyskanie nr NIP i REGON – jeśli dotyczy,
- i. wydruk z księgi rejestrowej – jeśli dotyczy
- j. kopię polisy ubezpieczeniowej OC
- k. **informację z KRK w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j.: Dz. U. z 2023 r., poz. 1939 z późn. zm.) lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.**
- l. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

**Kopie dokumentów, o których mowa powyżej w punktach a-k muszą zostać poświadczone „Za zgodność z oryginałem” przez oferenta lub notarialnie; w przypadku podpisywania umowy, jeśli nie będą poświadczone notarialnie, dokumenty te winny być przedstawione Udzielającemu Zamówienia do wglądu w oryginałach.**

DATA ..... PODPIS .....