

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc i/lub chorób wewnętrznych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia

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 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. Posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń objętych konkursem.
4. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych .....  
.....
5. Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie.
6. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO / 1h	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja
1.	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowym w ramach leczenia stacjonarnego		Oddział i Poradnia DCOPIH Szpital Leśne w Obornikach Śląskich
2.	Dyżur lekarski od pon.-pt., dni wolne i święta		Oddział i Poradnia DCOPIH Szpital Leśne w Obornikach Śląskich

<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:
    - zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu pulmonologa i/lub internisty
  - 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- uzyskane nie wcześniej niż w ciągu 6 miesięcy przed jego złożeniem.**
  - l. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

**Kopie dokumentów, o których mowa powyżej w punktach a-k muszą zostać poświadczony „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 .....

