

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii, Pulmonologii i Hematologii, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu chirurgii onkologicznej na Oddziale Chirurgii Onkologicznej I i II.

DANE O OFERENCIE:

.....  
.....  
.....

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, **dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego**)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer telefonu kontaktowego .....

Adres e-mail.....

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

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis 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. Posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń objętych konkursem.
4. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (nie dotyczy wezwań)  
.....  
.....  
.....
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 godzinowa:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO / 1h/dzień stawka	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja
1.	Praca w podstawowej ordynacji czasu pracy w godz.7:30-15:05 od pon.- pt, dni wolne i święta (konsultacje w poradni w ramach podstawowej ordynacji czasu pracy), popołudniu i w soboty		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
2.	dyżur lekarski od pon.- pt w godzinach 15:05 do 7:30, dni wolne i święta od 7:30 do 7:30		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
3.	Gotowość		

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

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

.....

(nazwa banku i nr konta)

8. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z istotnymi postanowieniami, które zostaną wprowadzone do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania mojej oferty.
10. 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.
11. **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.**
12. 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 .....**