

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.

DANE O OFERENCIE:

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

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

Nr NIP ..... Nr REGON .....

Nr tel. .... e-maili .....

Nr Prawa Wykonywania Zawodu .....

Nr 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. Kwalifikacje zawodowe oferenta lub personelu, przy udziale którego będą udzielane świadczenia zdrowotne: .....
2. Posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe w udzielaniu świadczeń objętych konkursem.
3. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych: .....
4. Gwarantuję dyspozycyjność do realizacji w miesiącu ..... godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, ustalonych szczegółowo w comiesięcznym harmonogramie (nie dotyczy dyżurów pod telefonem).
5. Proponowana kwota brutto należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych – stawka godzinowa:

Lp.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena PLN BRUTTO /1 godzina	Preferowane miejsce pracy /lokalizacja (jeżeli dotyczy)*
1.	Praca w podstawowej ordynacji czasu pracy w godz.:7:30-15:05 (konsultacje w poradni w ramach podstawowej ordynacji czasu pracy), przyjazdy na interwencje, uczestnictwo w projekcie		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław

2.	Dyżur lekarski od pon.- pt. w godz.: 15:05 do 7:30, dni wolne i święta: 7.30-7.30 (konsultacje w poradni w godzinach dyżuru)		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław
3.	Gotowość/Dyżury pod telefonem		Pl. Hirszfelda 12, Wrocław

\* 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/łam 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, nie wnoszę do nich zastrzeżeń 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 lub 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. odpis prawa wykonywania zawodu,
  - d. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich,
  - e. orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy + zaświadczenie orzekające o braku przeciwwskazań do pracy w warunkach narażenia na promieniowanie jonizujące (jeśli dotyczy),
  - f. wydruk z księgi rejestrowej,
  - g. kopię polisy ubezpieczeniowej OC,
  - h. **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,**
  - i. 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 (jeśli dotyczy),
  - odpis dyplomu naukowego (jeśli dotyczy),
  - **certyfikaty, zaświadczenia, oświadczenia, dyplomy na potwierdzenie kwalifikacji określonych w SWKO (jeśli dotyczy),**
- j. pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta sporządzona jest przez pełnomocnika.

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

**DATA ..... PODPIS .....**