*Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta*

**Formularz oferty**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie poza godzinami normalnej ordynacji (dyżury) przez lekarza - w ……**

## I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.

## II. Dane Oferenta:

| | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko lekarza** | | | | | | | **PESEL** | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| **Rodzaj praktyki lekarskiej** | | | | | | | **Nr prawa wykonywania zawodu** | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | |
| **Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)** | | | | | | | **Nr księgi rejestrowej** | | | | | | |
| **Adres zamieszkania** | | | | | | | | | | | | | |
| **Kraj** | | | | | **Miejscowość** | | | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | | | | | **Poczta** | | | | | | | | |
| **Ulica** | | | | | | | **Nr domu** | | | **Nr lokalu** | | | |
| **E-mail** | | | | | | | **telefon** | | | **fax** | | | |
| **Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):** | | | | | | | | | | | | | |
| **Kraj** | | | | | | | **Miejscowość** | | | | | | |
| **Kod pocztowy** | | | | | **Poczta** | | | | | | | | |
| **Ulica** | | | | | | | **Nr domu** | | | **Nr lokalu** | | | |
| **Działalność gospodarcza** | | | | | | | | | | | | | |
| **Firma** | | | | | | | | | | **Siedziba** | | | |
| **Numer identyfikacji podatkowej (NIP)** | | | | | | | **REGON** | | | | | | |

## III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

……

…….
(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

**IV. Propozycja ofertowo-cenowa :**

**1. Proponuję stawkę brutto za jedną godzinę świadczeń poza normalną ordynacją (dyżur): …… zł (słownie: ……..……).**

**2. Proponowana miesięczna liczba godzin: …… godz.**

**V. Oświadczenie:**

1. Oferuję termin płatności do 30 dni od otrzymania prawidłowo wystawionej faktury wraz z wymaganym zatwierdzonym sprawozdaniem przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi …….. lat.
3. Oświadczam, że staż pracy w Oddziale …….. wynosi …… lat.
1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z Regulaminem Konkursu Ofert i projektem umowy i nie wnoszę do niej zastrzeżeń. Zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach w miejscu i czasie określonym przez Udzielającego Zamówienia: tak/nie*
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od 01.01.2027 r. do 31.12.2028 r.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
6. Oświadczam, że uzyskałem/łam wpis do Centralnej Ewidencji o Działalności Gospodarczej.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego Zamówienia.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w sposób ciągły, zabezpieczający niezakłóconą pracę Oddziału, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienia w dniach i godzinach ustalonych w harmonogramie udzielania świadczeń.
10. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych uczestników Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych stanowiącą Załącznik Nr 4.
11. Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje kwalifikacje zawodowe, uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe dokumenty wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia, pozostają aktualne i odpowiadają wymaganiom określonym w Materiałach Informacyjnych. Na potwierdzenie powyższego przedkładam oświadczenie stanowiące Załącznik nr 5 do Materiałów Informacyjnych.

    ☐ Dotyczy – składam oświadczenie stanowiące Załącznik nr 5 do MI.

    ☐ Nie dotyczy – przedkładam komplet wymaganych dokumentów.

*niepotrzebne skreślić

..... …….....
(miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

## VI. Oferta powinna zawierać następujące dokumenty:

1) Aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego;
2) Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;**lub odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3) Wypis z księgi rejestrowej;**
4) Kserokopia prawa wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych;
5) Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły potwierdzającego uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego;
6) Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe, w tym specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne, posiadany stopień/tytuł naukowy i inne świadectwa umiejętności;
7) Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
8) Podpisana i uzupełniona Klauzula informacyjna dotycząca przetwarzania danych osobowych kandydatów na stanowisko objęte postępowaniem konkursowym. stanowiąca Załącznik Nr 4.

*** jeżeli wybór oferty konkursowej spowoduje konieczność zmiany treści księgi rejestrowej podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub dane ujęte w księdze ulegną zmianie w trakcie obowiązywania umowy Oferent zobowiązany jest do niezwłocznego dostarczenia jej wydruku po aktualizacji danych przez Okręgową Izbę Lekarską, przy czym kopię złożonego wniosku o aktualizację danych podmiotu Oferent zobowiązany jest przedłożyć Udzielającemu zamówienia w terminie 7 dni od daty zawarcia umowy. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę w przypadku nie wypełnienia ww. zobowiązania*.

***WAŻNE!!!***

*W przypadku przedłożenia kopii dokumentów Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo zażądania do wglądu oryginału tych dokumentów.*

*W przypadku uczestnictwa przez Oferenta w więcej niż w jednym zadaniu, Oferent składa w załączniku do formularza ofertowego kserokopie dokumentów tyko jeden raz.*

Formularz stanowi Załącznik nr 2C do MI. Szczegółowe zasady świadczeń, rozliczeń i zmiany stawek określa odpowiednio projekt umowy nr 3C (D).