*Pieczątka firmowa z pełną ………………………………………..*

*nazwą oferenta Miejscowość, data*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów**

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁĄDU OPIEKI ZDROWOTNEJ SZPITAL ŚW. DUCHA   
W RAWIE MAZOWIECKIEJ**

**„Konkurs ofert – świadczenie usług medycznych - opieka lekarska w Poradni ……………………………………………………………………………………………** …….

**I. Dane Przyjmującego zamówienie/Oferenta:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Imię i nazwisko lekarza** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | | |  | | |  | | |  | |  | | |  | | |  | |
| **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** | | | | | | | | | | | | | | | | | |

**II. Kwalifikacje zawodowe** **i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:**

1. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)

 do 1 roku

 od 1 do 5 lat

 powyżej 5 lat

2. Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta:

- Specjalizacja: ........................................................................................................................

- kurs kwalifikacyjny: .................................................................................................................

….................................................................................................................................................

- kurs specjalistyczny:...............................................................................................................

….................................................................................................................................................

………………………………………………...................................................................................

3. Oświadczam, że otrzymałem certyfikat Systemu Zarządzania Jakością zgodnie z normą 9001:2015 w ramach prowadzonej działalności:

 TAK

 NIE

4. Oświadczam, że posiadam obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej lekarza. Okres obowiązywania polisy: ………………r. do ……………………r.

**III. Oferowana kwota wynagrodzenia:**

W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie (**należy wskazać rodzaj oferowanego świadczenia**) ……………………………………………………………….............................................................  
………………………………………………………………………………………………………….

oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

Za realizację zamówienia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości:

1. ……… …PLN brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

**(słownie: …....................................................................................................................... złotych)**

Deklarowana ilość godzin …................... w miesiącu.

Dodatkowo oferowane świadczenia na rzecz Zamawiającego: ………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

Za realizację ww dodatkowego świadczenia proponuję stawkę wynagrodzenia w wysokości:

………………………………………………………………………………………………………..

**V. Oświadczenie:**

* 1. Oświadczam, że posiadam wiedzę niezbędną do przygotowania oferty oraz wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia
  2. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  3. Oświadczam, że zobowiązuję posiadać w całym okresie obowiązywania umowy polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust.1 pkt 1 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej.
  4. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen.
  5. Oferuję termin płatności ……… dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
  6. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i Regulaminie przeprowadzania konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
  7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia podpisania umowy do **01.10.2023 r. do 30.09.2024 r.**
  8. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
  9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
  10. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
  11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
  12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SPZOZ Szpital Św. Ducha w Rawie Mazowiecki dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

………………………………….. ………………………………………………..

( miejscowość, data ) (podpis i pieczęć Świadczeniodawcy )

**VI. Do oferty załączam:**

1. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) \*,
2. Aktualną polisę odpowiedzialności cywilnej na dzień składania ofert.
3. Inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, które nie są w posiadaniu Udzielającego zamówienie (wskazać jakie):
   1. ………………………………………………………………………………………………
   2. ………………………………………………………………………………………………
   3. ………………………………………………………………………………………………

\*-niewłaściwe skreślić

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

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta

**Załącznik nr 1**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu.

Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO, załącznikach i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.

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

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 2**

**Oświadczenie**

Oświadcza, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej.

Oświadczam, że nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów zawodu lekarza i zawodu dentysty lub przepisów o Izbach lekarskich.

Nie jestem ukarany/a karą zawieszenia w wykonywaniu zawodu.

**......................................... ....................................................**

**(miejscowość i data) (pieczątka i podpis Oferenta)**

**Załącznik nr 3**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że zapoznałem/am się z Polityką Ochrony Danych Osobowych obowiązującą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Rawie Mazowieckiej, ul. Warszawska 14, 96-200 Rawa Mazowiecka

**......................................... ....................................................**

(miejscowość i data) (pieczątka i podpis

Przyjmującego zamówienie)

**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. Udzielający zamówienia wymaga dołączenia do oferty wszystkich wymaganych oświadczeń.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. W przypadku nie uzupełnienia wymaganych pól formularza oferty Przyjmujący zamówienie/Oferent zostanie wezwany do uzupełnienia lub jeżeli odmówi uzupełnienia oferta zostanie odrzucona.
4. W przypadku odpisu z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą odpisów Udzielający zamówienie wymaga wpisania numer księgi rejestrowej.
5. W przypadku prawa wykonywania zawodu lekarza, dyplomu specjalizacji Udzielający zamówienia nie wymaga załączenia ww dokumentów do oferty. Udzielający zamówienie na każdym etapie postępowania może wezwać do przedłożenia ww dokumentów do wglądu.
6. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Przyjmującego zamówienia/Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
7. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie/Oferenta.