

FORMULARZ OFERTOWY

I. Instrukcja dla Oferenta:

1. Oferta ma być sporządzona w języku polskim i pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być czytelna, napisana w sposób nieścieralny oraz podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do jej podpisania.
2. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być składane wraz z poświadczonym przez Oferenta tłumaczeniem na język polski.
3. Wszystkie strony Formularza oferty wraz z załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta.
4. Każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) powinna być ponumerowana kolejnymi numerami.
5. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

II. Dane Oferenta:

Pełna nazwa oferenta:

Siedziba Oferenta:

Województwo.....

Adres e-mail:

Tel. / fax.:

NIP

REGON:

KRS (jeżeli dotyczy):

Organ prowadzący rejestr oraz numer wpisu do właściwego rejestru

III. Kwalifikacje zawodowe wymagane w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Wykaz lekarzy i ich kwalifikacji zawodowych, zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych (*dotyczy Oferentów będących podmiotami leczniczymi innymi niż lekarze wykonujący działalność leczniczą jako indywidualną praktykę lekarską)

Lp	Nazwisko i imię	Nazwa działalności gospodarczej, siedziba NIP, REGON, Nr księgi rejestrowej	Specjalizacja	Numer prawa wykonywania zawodu	Numer dyplomu lekarza
----	-----------------	---	---------------	--------------------------------	-----------------------

IV. Oferent oferuje:

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA SPECJALISTYCZNE

W PORADNI NEUROLOGICZNEJ

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

1. Proponowana cena za punkt rozliczeniowy:

2. Proponowana cena za świadczenia odrębnie płatne:

a) za poradę zleconą przez Poradnię Medycyny Pracy	
b) za poradę zleconą przez Komisję Wojskową	
c) za poradę związaną z wydaniem zaświadczenia lekarskiego	
d) za poradę udzieloną osobie nieubezpieczonej	

3. Proponowany tygodniowy i godzinowy system pracy:

- **Poniedziałek godz.....**
- **Wtorek godz.....**
- **Środa godz.....**
- **Czwartek godz.....**
- **Piątek godz.....**

4. Proponowany czas trwania umowy: od r. do r.

V. Oświadczenia Oferenta:

1. Jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń, jak również oświadczam że załączony wzór umowy został przeze mnie

zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

3. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotu zamówienia.

4. Akceptuję warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.

5. Oświadczam, że **jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT***.

6. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.

7. Nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.

8. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.

9. Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

10. Zobowiązuję się, że nie będę zatrudniony u Udzielającego Zamówienia na podstawie umowy o pracę w czasie wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania. świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.

11. W związku z obowiązkami określonymi w art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 roku o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (t.j. Dz. U. z 2023r. poz. 1304 ze zm.) zobowiązuję się do przedłożenia Udzielającemu Zamówienia, najpóźniej w dniu poprzedzającym rozpoczęcie udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Pacjentów SPZOZ w Kraśniku, wszelkich niezbędnych dokumentów, które wyszczególnione zostały w Szczegółowych warunkach konkursu ofert, na zasadach tam określonych.

VI. Załączniki do oferty:

- 1) kserokopia zaświadczenia o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk z księgi rejestrowej organu dokonującego wpisu np. okręgowej izby lekarskiej, właściwej dla miejsca wykonywania praktyki;
- 2) aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG);
- 3) dyplom ukończenia studiów*;
- 4) dyplom posiadanych specjalizacji*;
- 5) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje*;
- 6) w przypadku osób w trakcie specjalizacji – karta specjalizacji oraz zgoda Kierownika specjalizacji na wykonywanie samodzielnej pracy*;
- 7) prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych*;
- 8) dokument polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie Oferenta, że nie później niż w dniu podpisania umowy taką polisę dostarczy i że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy jak również zobowiązanie do utrzymania przez cały czas obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia;
- 9) orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu lekarza*;
- 10) zaświadczenie o odbyciu szkolenia z zakresu bezpieczeństwa i higieny pracy oraz ochrony przeciwpożarowej*.

* Przedłożeniu podlegają dokumenty dotyczące lekarzy wskazanych w Wykazie, o którym mowa w ust. III pkt 2 Oferty.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kraśniku, ul. Chopina 13, 23-200 Kraśnik, adres e-mail: poczta@spzoz.krasnik.pl numer telefonu: 81-825-13-66).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obowiązkowe w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Konrad Domański, adres e-mail: iod@spzoz.krasnik.pl).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta