

**FORMULARZ OFERTOWY
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

USŁUGI

I DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko/Nazwisko rodowe Nazwa.....

PESEL/Data urodzenia.....

Imię ojca, matki.....

Adres/Siedziba.....

Telefon kontaktowy/faks.....ew. pieczęć

II PRZEDMIOT I OFEROWANA CENA

Cena (wartość) świadczeń zgodnie z warunkami konkursu ofert wraz z wykazem oferowanych świadczeń, obliczona jako suma (liczby świadczeń pomnożona przez ich cenę jednostkową) – dane jak w Załączniku nr 2a (stanowi integralną część oferty).

III WARUNKI LOKALOWE, WYPOSAŻENIE W APARATURĘ I SPRZĘT MEDYCZNY ORAZ ŚRODKI TRANSPORTU I ŁĄCZNOŚCI

Przedmiot zamówienia będzie wykonywany w pomieszczeniach i na wyposażeniu m.in. sprzęcie Udzielającego Zamówienie,

IV LICZBA I KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH OBEJMUJĄCYCH PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA (na dzień składania oferty)

Nr zadania (jak w zał. Nr 2a)	Imię i Nazwisko osoby realizującej świadczenia	Kwalifikacje zawodowe			CIĄGŁOŚĆ (w dniu złożenia oferty realizuje proces leczenia, którego dotyczy postępowanie nieprzerwanie od – liczba lat)	Uwagi
		Wykształcenie/ dyplom stud.	dyplom specjalizacji	inne		

V CZAS TRWANIA UMOWY

Od roku do roku z możliwością jej przedłużenia na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu.

VI SPOSÓB ZAPŁATY

Oferent oświadcza, że sposób zapłaty nastąpi zgodnie z opisanym w projekcie umowy.

VII OŚWIADCZENIA OFERENTA

Ja niżej podpisany oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu na świadczenia zdrowotne w tym z klauzulą informacyjną i projektem umowy stanowiącym Załącznik do szczegółowych warunków konkursu i przyjmujemy te warunki bez zastrzeżeń.
2. otrzymałem konieczne informacje potrzebne do właściwego przygotowania oferty i uważam się związanym niniejszą ofertą na czas wskazany w szczegółowych warunkach konkursu **oraz stwierdzam, że jestem świadomy odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń**
3. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy z udzielającym zamówienie na warunkach określonych w ogłoszeniu, szczegółowych warunkach konkursu na świadczenia zdrowotne w tym określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu oraz złożonej ofercie, a w przypadku wiążącej strony umowy kontraktowej w tym samym zakresie zobowiązuję ją rozwiązać przed dniem jej zawarcia. Zobowiązuje się również do utrzymania niezmiennej ceny za realizację świadczeń zdrowotnych przez okres trwania umowy.
4. spełniam warunki określone w szczegółowych warunkach konkursu na świadczenia zdrowotne, a w szczególności określone w pkt III i pkt. IV szczegółowych warunków konkursu, jestem uprawniony do udzielania przedmiotu objętego konkursem, posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi oraz posiadam niezbędny potencjał techniczny, dysponuje osobami zdolnymi do wykonania zamówienia, znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia, posiadam niezbędną wiedzę, doświadczenie oraz dopuszczenia, zezwolenia, badania itp. niezbędne do wykonywania przedmiotu konkursu w szczególności spełniam wymagania określone ustawą z dnia 15 lipca 2011 r. o działalności leczniczej, ustawą o zawodach lekarza i lekarza dentysty/ wraz z aktami wykonawczymi do tych ustaw i innych właściwych dla wykonywanego zawodu i w przypadku zmiany lub nowych wymogów w/w dostosuje je do obowiązujących przepisów lub w przypadku niemożności dostosowania powiadomię niezwłocznie o tym Udzielającego Zamówienie celem rozwiązania umowy.
5. usługi objęte przedmiotem Konkursu będę świadczył na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności,
6. będę wykonywał świadczenie samodzielnie, bez zlecenia podwykonawcom udzielania świadczeń będących przedmiotem postępowania, chyba że umowa stanowi inaczej)
7. zapoznałem się z klauzulą informacyjną dla uczestników postępowań konkursowych i wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby przedmiotowego postępowania konkursowego oraz ewentualnej umowy cywilno - prawnej zgodnie z Rozporządzeniem o ochronie danych UE z dnia 27 kwietnia 2016 r. oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych.

8. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO2) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu)
9. wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert moich danych zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
10. nie toczą się wobec mnie/ **osób realizujących świadczenia** żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z wykonywanym zawodem.
11. posiadam wiedzę, że umowa zostanie zawarta z oferentem wyłonionym w postępowaniu konkursowym, po weryfikacji umieszczenia Oferenta w Rejestrze Sprawców Przestępstw na Tle Seksualnym, co następuje na podstawie udostępnionych przez oferenta danych, zgodnych z § 14 Rozporządzeniem Ministra Sprawiedliwości z dnia 13 lipca 2017 r. w sprawie trybu, sposobu i zakresu uzyskiwania i udostępniania informacji z Rejestru z dostępem ograniczonym oraz sposobu zakładania konta użytkownika (jeśli dotyczy).
12. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem faktycznym i prawnym.
13. jednocześnie oświadczam, iż*:
 - 1) w trakcie trwania umowy nie będę pracownikiem Udzielającego zamówienie, a obecnie:
 - a) nie jestem pracownikiem Udzielającego zamówienie
 - b) jestem pracownikiem Udzielającego zamówienie i oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty w dniu podpisania umowy nie będę pracownikiem Udzielającego zamówienie
 - 2) nie została ze mną rozwiązana przez oddział wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia umowa o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie świadczeniodawcy
 - 3) nie dotyczy/ dotyczy* oferenta obowiązek posiadania pozytywnej opinii, o której mowa w art. 95 d ust 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (jeśli dotyczy w załączeniu opinia)

VIII ZAŁĄCZNIKI*

- Wpis do ewidencji działalności gospodarczej w tym potwierdzające nadanie Regon i NIP oraz zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykon. Działalność leczniczą, rejestru praktyk zawodowych (jeśli dotyczy)
- Dokumenty kwalifikacyjne uprawniające do wykonywania przedmiotu zamówienia (np. dyplom studiów, dyplom specjalizacji, certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta itp. – wszystkie potwierdzające uprawnienia do realizacji świadczeń w danym zakresie, które dotyczą)
- Prawo wykonywania zawodu
- Polisa OC
- Inne

.....
(miejsowość i data)

* Właściwe zaznaczyć lub niepotrzebne skreślić

.....
(czytelne podpisy osób uprawnionych)