

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 przyjmuję 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 pielęgniarki i położnej/ 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 RODO) 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)