Załącznik Nr 1 do SWKO

**OFERTA**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie usług lekarskich …………………………….…..**

**I. DANE OFERENTA**

1. Pełna nazwa, imię i nazwisko: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...….

2. Adres (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

3. Organ rejestrujący podmiot wykonujący działalność leczniczą:

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

4. Nr prawa wykonywania zawodu: ……………………………………………………………….

5. Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji): ………………………………………………..

6. NIP ……………………….. 7. PESEL …………………………………….…..

8. REGON …………………………….. 9. Nr księgi Rejestrowej …………………………

10. Telefon, fax, mail: ……………………………………………………………………………

11. Staż pracy …………………………………………………………………………………….

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj i zakres oferowanego świadczenia** | **Cena jednostkowa za jeden punkt brutto/ stawka ryczałtowa za miesiąc/ inna\*** |
|  |  |

\*niepotrzebne skreślić

**Deklaruję gotowość świadczenia usług zgodnie z proponowanym harmonogramem:**

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

**III. OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Nie jestem zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu, a także nie jestem ograniczony/a w wykonywaniu jakichkolwiek świadczeń zdrowotnych, zgodnie z posiadaną specjalizacją.
4. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu będą wykonywane przeze mnie osobiście lub w ramach prowadzonej działalności gospodarczej poprzez zatrudnionych (bądź świadczących usługi na umowach cywilnych) lekarzy:………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
8. Zobowiązuje się do użytkowania otrzymanych od udzielającego zamówienia pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego, leków, materiałów medycznych, preparatów diagnostycznych oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielania świadczenia zdrowotnego w sposób zgodny z prawem i zasadami używania tego sprzętu i urządzeń.
9. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
11. Zobowiązuje się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
12. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Akceptuję wymagania Udzielającego zamówienia.

 **IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie)\*:**

1. Prawo wykonywania zawodu.
2. Dyplom ukończenia studiów.
3. Kopie pozostałych dokumentów kwalifikacyjnych (specjalizacje).
4. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk księgi rejestrowej (stacjonarna praktyka lekarska lub praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym)..
5. Polisa ubezpieczeniowa, zgodna z obowiązującymi przepisami.
6. Zaświadczenie – NIP, REGON, o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (dopuszcza się CEIDG).
7. Dowód osobisty.
8. Aktualne orzeczenie lekarskie (lekarz medycyny pracy) o zdolności do realizacji przedmiotu umowy ( dopuszcza się kserokopię aktualnego orzeczenia lekarskiego z podstawowego miejsca pracy ).
9. Zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP dla danego stanowiska pracy ( dopuszcza się kserokopię aktualnego zaświadczenia z innego miejsca pracy ).

…………………………………..

*Data ,podpis oferenta*

\*w przypadku podmiotów leczniczych zatrudniających lekarzy, należy przedstawić dokumenty tych lekarzy, którzy będą świadczyć usługi pacjentom Udzielającego zamówienia.

Zobowiązuję się do okazania na żądanie Udzielającego zamówienie dokumentów potwierdzających dane umieszczone w formularzu oferty i SWKO.

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w niniejszej ofercie w celu przeprowadzenia i rozstrzygnięcia konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie ……………………………………… w Miejskiej Przychodni Zdrowia w Ozorkowie zgodnie z ustawą z dnia 29.08.1997r.o ochronie danych osobowych (Dz.U.2002.101.926 ze zm.)

 ………………………………. *Data ,podpis oferenta*