

FORMULARZ OFERTOWY

dla zamówienia dokonywanego w trybie konkursu ofert
na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej
pn.

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy, zgodnie z aktualnym
zapotrzebowaniem Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny
im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13
w zakresie czynności realizowanych przez lekarzy
w zakresie Poradni Alergologii Dziecięcej**

I. Dane Oferenta:

nazwa

siedziba....., ul.....

adres, nr telefonu.....

NIP REGON

dane rejestrowe

II. Udzielający Zamówienia:

Zagłębiowskie Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
ul. Szpitalna 13, 41-300 Dąbrowa Górnicza

**III. W oparciu o ogłoszenie konkursowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy
w zakresie czynności realizowanych przez lekarzy na oddziale psychiatrycznym (Konkurs
Ofert 39/2025) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz.
Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej oraz na tablicy
ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej
oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie
świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem
Udzielającego Zamówienia : wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –**

**1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych
w Poradni Alergologii Dziecięcej.**

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Poradnia Alergologii Dziecięcej wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienie	Równowartość.....prawidłowo rozliczonych punktów w ramach umowy NFZ w danym miesiącu wg ceny za punkt zgodnej z kwotą określoną przez NFZ za jedno świadczenie

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
3. Oświadczam, że uważam się związany/na niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w przedmiocie, którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
5. Oświadczam, że wyrażam gotowość do podjęcia negocjacji w zakresie przedmiotu postępowania konkursowego na wezwanie Udzielającego Zamówienia.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załączniki:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- 3) dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji lub dokumentu potwierdzającego odbywanie wymaganej specjalizacji;
- 4) wypis z KRS lub CEIDG;
- 5) informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023r. poz. 172 oraz z 2022r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) zaakceptowany odpowiedni wzór umowy;
- 9) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 10) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

.....
(podpis osoby uprawnionej, data)

