

FORMULARZ OFERTOWY

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych z aktualnym zapotrzebowaniem
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 w zakresie świadczeń okulistycznych**

I. Dane Oferenta:

nazwa

siedziba

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 w zakresie: świadczeń okulistycznych dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej ZCO oraz na tablicy ogłoszeń ZCO Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej (Konkurs Ofert nr 2.2026) oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat, licząc od dnia podpisania umowy obejmujące wykonywanie świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia :

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w Poradni Okulistycznej: wymiar godzin do dyspozycji w tygodniu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Poradnia Okulistyczna wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	równowartość ...% prawidłowo rozliczonych punktów w ramach umowy z NFZ w danym miesiącu wg ceny za punkt zgodnej z kwotą określoną przez NFZ za jedno świadczenie.

- 2) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach Poradni Medycyny Pracy:

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Poradnia Medycyny Pracy wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	 zł brutto za wykonanie badania okulistycznego w ramach świadczeń z zakresu medycyny pracy

- 3) W zakresie specjalistycznych konsultacji okulistycznych realizowanych dla potrzeb wszystkich oddziałów i zakładów zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia.

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
ZCO w Dąbrowie Górniczej	 zł brutto za wykonanie specjalistycznej konsultacji okulistycznej

OŚWIADCZENIE OFERENTA

- Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zainteresowałem/am się i uzyskałem/am wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
- 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.
- 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.
- 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;
- 4) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 5) wypis z KRS lub CEIDG;
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) zaakceptowany wzór umowy;
- 9) certyfikat lub zaświadczenie dotyczące szczepień;
- 10) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 11) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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