

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
Oddziału Diabetologii i Poradni Diabetologii
wraz z Kierowaniem Oddziałem Diabetologii**

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 Oddziału Diabetologii i Poradni Diabetologii wraz z Kierowaniem Oddziałem Diabetologii 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 3.2026) oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat, licząc od dnia podpisania umowy obejmujące wykonywanie świadczeń medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia:
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Oddziale Diabetologii i Poradni Diabetologii wraz z Kierowaniem Oddziałem Diabetologii - wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
Oddział Diabetologii i Poradnia Diabetologii wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	 zł brutto za godzinę

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;
- 4) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej pięcioletniego doświadczenia jako lekarza specjalisty w zakresie diabetologii lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 5) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej dwuletniego doświadczenia w kierowaniu oddziałem wykonującym świadczenia w zakresie diabetologii lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 6) wypis z KRS lub CEIDG;
- 7) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 8) aktualne badania lekarskie;
- 9) zaakceptowany wzór umowy;
- 10) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 11) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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