

**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  
Histopatologii**

**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 Histopatologii (Konkurs Ofert 06/2024) 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 :**

## 1) W zakresie wykonywania czynności objętych Pakietem I realizowanych w ZCO:

Miejsce wykonywania świadczeń	Miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem Pakiet nr I
Pracownia Histopatologii wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	Wykonywanie czynności w zakresie kierowania Pracownią Histopatologii oraz wykonywaniem oceny mikroskopijnej materiału oraz wszystkich obowiązków wynikających z projektu umowy 3a  ..... PLN brutto miesięcznie (wynagrodzenie ryczałtowe)

2) W zakresie wykonywania czynności objętych Pakietem II realizowanych w ZCO:

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem Pakiet II
Pracownia Histopatologii wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	a) ..... PLN brutto za wykonanie oceny mikroskopijnej materiału za jedno badanie (preparat – bloczek) b) ..... PLN brutto za wykonanie wykrawania wycinków (błoczków) – za jedno badanie (wycinek – bloczek) c) Gotowość do wykonywania badań śród operacyjnych jeden raz w tygodniu - ..... PLN brutto / miesiąc oraz wykonanie oceny mikroskopijnej materiału ..... PLN brutto za jedno badanie (preparat – bloczek)

### 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) dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji;
- 3) oświadczenie o spełnieniu wymagań w zakresie co najmniej pięcioletniego doświadczenia lub dokument potwierdzający to doświadczenie;
- 4) prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- 5) wypis z KRS lub CEIDG;
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) zaakceptowany wzór umowy;
- 9) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 10) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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