

FORMULARZ OFERTOWY

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

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13 na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej,
Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej.**

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 na Oddziale Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej (Konkurs Ofert 35/2025) 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 medycznych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia : wymiar godzin do dyspozycji miesięcznie)

1) W zakresie wykonywania czynności objętych konkursem realizowanych w ZCO:

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
Oddział Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej, Onkologicznej i Rekonstrukcyjnej wraz z pozostałymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	 PLN brutto za godzinę wykonywania tych świadczeń

2) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych objętych konkursem realizowanych w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	równowartość iloczynu% prawidłowo rozliczonych punktów w ramach umowy z NFZ i ceny za punkt zgodnej z kwotą określoną przez NFZ w umowie.

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.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że spełniam warunek określony w art. 132 ust. 3 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

Załączniki:

- dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji lub dokument potwierdzający odbywanie wymaganej specjalizacji;
- wypis z KRS lub CEIDG;
- polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- aktualne badania lekarskie;
- oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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