

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 kierownika zgodnie z aktualnym
zapotrzebowaniem Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz.
Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej ul. Szpitalna 13
w zakresie czynności realizowanych przez
Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej**

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 czynności realizowanych przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej (Konkurs Ofert 52/2023) 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 :

1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej: wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu –

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
Zakład Diagnostyki Obrazowej wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej zł brutto za godzinę

Za wykonanie opisu badania TKzł. brutto od jednego opisu
Za wykonanie opisu badania MRzł. brutto od jednego opisu
Za wykonanie opisu badania MR w sobotęzł. brutto od jednego opisu
Za wykonanie badania i opisu USGzł. brutto od jednego badania i opisu
Za wykonanie opisu mammografiizł. brutto od jednego opisu
Za kierowanie Zakładem Diagnostyki Obrazowejzł. brutto miesięcznie

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:

- 1) dyplom potwierdzający posiadanie kwalifikacji;
- 2) prawo wykonywania zawodu (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem);
- 3) dokument potwierdzający posiadanie wymaganej specjalizacji lub dokument/oświadczenie potwierdzające odbywanie tej specjalizacji;
- 4) wypis z KRS lub CEIDG;
- 5) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 6) aktualne badania lekarskie;
- 7) zaakceptowany wzór umowy;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 9) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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