

**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, i Rekonstrukcyjnej (Konkurs Ofert 55/2023) 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 : wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu 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**

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) dokument lub oświadczenie o posiadaniu co najmniej dwuletniego doświadczenia jako lekarz specjalista;
- 5) wypis z KRS lub CEIDG;
- 6) polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej;
- 7) aktualne badania lekarskie;
- 8) oświadczenie o zapoznaniu się z SWKO;
- 9) zaakceptowana klauzula informacyjna RODO.

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