Załącznik Nr 2

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

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
W ZAKRESIE CZYNNOŚCI REALIZOWANYCH PRZEZ LEKARZY
W ODDZIALE CHORÓB WEWNĘTRZNYCH

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 lekarzy w Oddziale Chorób Wewnętrznych (konkurs Ofert 71.2026) dla Zagłębiowskiego Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej opublikowane na stronie internetowej Szpitala oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w okresie 3 lat obejmujące wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z aktualnym zapotrzebowaniem Udzielającego Zamówienia:

wymiar godzin do dyspozycji w miesiącu – ……

Miejsce wykonywania świadczeń	Stawka kwotowa za wykonywanie świadczeń w zakresie objętym konkursem, za godzinę świadczenia usług
Oddział Chorób Wewnętrznych wraz z innymi niezbędnymi świadczeniami realizowanymi w siedzibie ZCO w Dąbrowie Górniczej	..…… zł brutto - za godzinę wykonywania tych świadczeń

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.

8. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

Załączniki:

1. Dyplomu uczelni uzyskanego przez Oferenta lub osobę która faktycznie w ramach podmiotu leczniczego Oferenta będzie udzielać świadczenia.
2. Prawo wykonywania zawodu Oferenta lub osoby udzielającej świadczeń medycznych (obligatoryjnie kserokopia ze zdjęciem).
3. Dokumentu potwierdzającego posiadanie wymaganej specjalizacji lub potwierdzającego odbywanie wymaganej specjalizacji.
4. Wypis z Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (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.
10. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189 a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.

.....

(podpis osoby uprawnionej, data)