

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Opolu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców do oddania krwi lub jej składników – **Nr sprawy ZPU 25/KO 1/2017.**

DANE OFERENTA (tylko osoby fizyczne nieprowadzące działalności gospodarczej)

Imię:

Nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:.....

Nr ewidencyjny PESEL.....

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail:

Adres zamieszkania:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina/dzielnica:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

Nr konta bankowego.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania.....

Nazwa urzędu skarbowego, w którym oferent dokonuje rozliczeń:

Oświadczenie oferenta:

Prosimy o zaznaczenie właściwego oświadczenia w celu ustalenia składek na ubezpieczenia społeczne (możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi):

- Oświadczam, że jestem studentem do 26 roku życia.
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **powyżej** minimalnego wynagrodzenia.
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **poniżej** minimalnego wynagrodzenia
- Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w.....(nazwa zakładu) i osiągam przychód **poniżej** minimalnego wynagrodzenia oraz nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia) i **nie chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów do ubezpieczenia) i **chcę być** objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.

- Oświadczam, że jestem pracującym emerytem - świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Opolu w.....(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne.
- Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i **nie chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i **chcę** być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym.
- Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie nieobjętym niniejszym konkursem.
- Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniom społecznym rolników lub jestem członkiem kółek rolniczych lub spółdzielni produkcyjnych.
- Oświadczam, że świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Opolu w.....(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne (powyższy punkt dotyczy osób niebędących emerytami).

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 247 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować na piśmie Udzielającego zamówienie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia i biorę również pełną odpowiedzialność za konsekwencje niedotrzymania powyższego zobowiązania.

Powyższe zobowiązanie dotyczy w szczególności Oferentów, którzy są zatrudnieni na podstawie umowy o pracę i osiągają przychody powyżej minimalnego wynagrodzenia. W przypadku spadku osiąganych przychodów do poziomu poniżej minimalnego wynagrodzenia, mają oni obowiązek poinformować o tym fakcie Udzielającego zamówienie najpóźniej do końca miesiąca, w którym nastąpiła ta zmiana.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Propozycje wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczenia na rzecz Udzielającego zamówienia zawiera załącznik nr 1a do niniejszej oferty.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz dostarczenia Udzielającemu zamówienie kopii tej polisy ubezpieczeniowej w terminie do 7 dni od dnia podpisania umowy.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia Konkursu ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
2. zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert,
4. oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:

1.
2.
3.