

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 krwi lub jej składników – **Nr sprawy ZPU 39/KO/2020.**

DANE OFERENTA (tylko osoby fizyczne prowadzące działalność gospodarczą)

Nazwa praktyki lekarskiej

.....
.....

Nr REGON NIP.....

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

Adres siedziby praktyki lekarskiej:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina/dzielnica:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

Nr konta bankowego:

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

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Oświadczenie oferenta:

Niniejszym oświadczam, że **prowadzę prywatną praktykę lekarską** w formie:

- indywidualnej praktyki lekarskiej,/*
- indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/*
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,/*
- indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/*

zarejestrowaną zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.).

/ niepotrzebne skreślić*

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: zł (słownie:) za godzinę.
3. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla wszystkich podanych w SWK lokalizacji oraz gwarantuje wykonywanie usług minimum **48 godzin miesięcznie** dwa dni w tygodniu od godz. 7.00 do 13.00.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta w zakresie doświadczenia

Oświadczam, że **posiadam / nie posiadam*** doświadczenie w zakresie kwalifikacji osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników.

Świadczenia zdrowotne w zakresie kwalifikacji osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników wykonywałem na rzecz RCKiK w

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

**niepotrzebne skreślić*

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
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.
6. Oświadczamy, iż Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformował pisemnie i uzyskał zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta

Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:

1.
2.
3.