

## FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez osoby legitymujące się nabyciem fachowych kwalifikacji w zakresie :

.....

### OFERENT

Nazwa oferenta.....

Adres miejsca wykonywania działalności: .....

.....

Adres do korespondencji, jeśli jest inny niż adres działalności :

.....

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

NIP: .....

REGON: .....

1. Kwalifikacje zawodowe - dokumenty w załączeniu do oferty.
2. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia : ..... zł za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń średniomiesięcznie w liczbie ..... godzin

**CENA: 100 pkt = 100 %**

Sposób oceny wg wzoru:

$WC = [(Cn:Cb)] \times 100$

WC – wartość punktowa

Cn – cena najniższa za godzinę świadczeń zdrowotnych

Cb – cena oferenta za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

Cena powinna być wyrażona w złotych polskich i jest ceną brutto

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE :**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz postanowieniami określonymi w projekcie umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Udzielającego zamówienia w Górnem, 36-051 Górno ul. Rzeszowska 5
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia.
4. Posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
5. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe oraz szkolenia bhp.
7. Samodzielnie będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Przyjmuje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania na bieżąco, pod rygorem rozwiązania umowy.
9. Jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
10. Złożone przez oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
12. Nie prowadzi działalności, która mogłaby zostać uznana za konkurencyjną w stosunku do działalności Udzielającego Zamówienia w zakresie działalności leczniczej-objętej zamówieniem.
13. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.
14. Nie jest karany, w tym za przewinienia zawodowe,
15. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

#### **ZAŁĄCZNIKI:**

1. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (kopia).
2. Aktualny wypis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (kopia).
3. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS- aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy(kopia)
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (kopie) : dyplomu ukończenia uczelni medycznej, prawa wykonywania zawodu, dyplomu specjalizacji, innych dokumentów potwierdzających doświadczenie i uprawnienia zawodowe.
6. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych oraz zaświadczenie o aktualnym badaniu dla celów sanitarno-epidemiologicznych(kopie) lub oświadczenie o zobowiązaniu się do ich przedłożenia przy podpisywaniu umowy
7. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

.....  
Miejscowość, data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta