Załącznik nr 1 do SWKO

Konkurs ofert nr KO 9/2024

**FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE**

**PACJENTOM SPZOZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE UROLOGII**

Oznaczenie oferenta:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Adres oferenta:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej (dalej jako SPZOZ) z dnia 19 listopada 2024 r. o konkursie ofert w sprawie udzielenia zamówienia na świadczenia zdrowotne.
2. Niniejszym składam ofertę na udzielanie pacjentom Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii.
3. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny. Świadczenia zdrowotne będą udzielane przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego Zamówienia.
4. Oferowane warunki:

* Określenie stawki za udzielone świadczenie w Oddziale Chirurgicznym Szpitala SPZOZ   
  w % wartości za wykonane procedury w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie (proponowana stawka nie może przekraczać 40%)

……………………………%

* Określenie stawki za zrealizowanie świadczenia w przychodni specjalistycznej   
  w % wartości za wykonanie świadczenia w ramach umowy podpisanej z NFZ przez Udzielającego Zamówienie (proponowana stawka nie może przekraczać 60%)

……………………………%

* doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w wysokości:

…………………………………………………………………….

* kwalifikacje zawodowe:

…………………………………………………………………….

* zobowiązanie się Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym poniżej minimalnym zakresie:

……………………………………………………………………

* zobowiązanie się Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym wymiarze:

……………………………………………………………………

1. W przypadku konkursu zobowiązuję się zawrzeć umowę na wykonanie świadczeń zdrowotnych w okresie wskazanym w ogłoszeniu.
2. W załączeniu do oferty przedkładam następujące kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez oferenta.
3. W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:

- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (ze strony internetowej CEIDG) albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.

- zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą stosownie do formy organizacyjno-prawnej.

1. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje:

- dyplom ukończenia studiów medycznych,

- prawo wykonywania zawodu,

- dyplom specjalizacji lub tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny adekwatnej do rodzaju udzielanych świadczeń (dla każdego zakresu świadczeń zdrowotnych, w zakresie których Przyjmujący zamówienie składa ofertę i o ile wymagana jest specjalizacja zgodnie z SWKO),

1. wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz oświadczenie zgodności ww. danych - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych,
2. kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
3. aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarz (tzw. zdolność do pracy) oraz zaświadczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych (możliwe jest również dostarczenie przed faktycznym rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych),
4. certyfikat potwierdzający ukończenie kursu Diagnostyki USG narządu ruchu z elementami reumatologii,
5. umowę spółki lub umowę konsorcjum w przypadku składania oferty odpowiednio przez spółkę bądź przez konsorcjum,
6. wypełniony Formularz Ofertowy, stanowiący Załącznik nr 1, oraz zaparafowany projekt Umowy Załącznik nr 2.
7. Oświadczam, że:
8. **zapoznałem się z treścią:**

- ogłoszenia,

- Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),

- projektu umowy (Załącznik nr 2 do SWKO),

**oraz akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.**

1. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie   
   z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 2 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
2. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów postępowania konkursowego, zawarcia i realizacji umowy na udzielanie pacjentom Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Nowym Mieście nad Pilicą świadczeń zdrowotnych w zakresie urologii.

……………………………………… …………………………………………….

(miejscowość i data) (czytelny podpis oferenta/oferentów)