Udzielający zamówienia:

Szpital Specjalistyczny

Im. Świętej Rodziny

*Załącznik nr 2 - formularz oferty*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Oznaczenie Oferenta:**

**Adres:**

ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

kod pocztowy \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

telefon \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, adres e-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr prawa wykonywania zawodu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nr wpisu do właściwego rejestru: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa organu, który dokonał wpisu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Składając ofertę na konkurs ofert K4/2022/DZP/K na udzielanie świadczeń zdrowotnych, oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii za cenę:

**II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych oraz minimalną deklarowaną liczbę godzin udzielania świadczeń:**

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w dni powszednie poniedziałek-piątek (8.00 – 15.30) oraz w ramach dyżurów medycznych pełnionych w dni powszednie od 15.30 do 8.00 i w soboty, niedziele i święta w godzinach od 8.00 do 8.00:

Stawka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł/h brutto (słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

1. Cena za wykonanie jednego znieczulenia dożylnego w ambulatoryjnym oddziale zabiegowym Przychodni Przyszpitalnej: …........................brutto (słownie złotych: …......................................
2. Deklarowana liczba godzin za udzielanie świadczeń zdrowotnych :

- w dni powszednie w godzinach 8.00 – 15.30 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- w ramach dyżurów medycznych pełnionych w dni powszednie od poniedziałku do

piątku w godzinach od 15.30 do 8.00 :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

- w ramach dyżurów medycznych pełnionych w soboty, niedziele i święta w

godzinach od 8.00 do 8.00: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**III.**  **Oświadczam, że:**

**W przypadku złożenia oferty przez podmiot wykonujący działalność leczniczą** należy podać imię i nazwisko osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem: …..…...............................................................................................................

Oświadczam, że staż pracy osoby wyznaczonej przez Oferenta do udzielania świadczeń objętych zamówieniem w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania wynosi.......................... lat. Wyznaczona osoba posiada następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, doświadczenie w znieczulaniu w położnictwie): ….........................................................................

**W przypadku jednoosobowych praktyk lekarskich**

Oświadczam, że:

Mój staż pracy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania wynosi.......................... lat.

Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe, doświadczenie w znieczulaniu w położnictwie):

…...............................................................................................................................................................

Oświadczenia złożone przez składającego ofertę.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert nr K4/2022/DZP/K.

2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i Materiałami Informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.

4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

5. Oświadczam, że akceptuję załączone warunki umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez udzielającego zamówienia.

6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty i oświadczenia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Dokumenty dołączone do oferty:

Kopia dyplomu potwierdzającego posiadanie wykształcenia medycznego;

Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza;

Kopia dokumentu potwierdzającego posiadanie tytułu specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii;

Aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych umową;

Kopia aktualnej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej;

Aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego;

Wydruk ze strony internetowej Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej lub KRS;

Opis przebiegu pracy zawodowej wraz z podaniem liczby lat pracy w zawodzie lekarza specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii.

*............................................................................ ................................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka Oferenta*