**Udzielający zamówienia:**

Szpital Specjalistyczny

im. Świętej Rodziny SPZOZ

ul. A.J. Madalińskiego 25

02-544 Warszawa

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii oraz na pełnienie funkcji Lekarza Kierującego oddziałem Pediatrii – nr Konkursu: K3/2023/DZP/K**

**I. Oznaczenie Oferenta (**Imię i nazwisko lub nazwa (firma**):**

**Adres Oferenta:**

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 K3/2023/DZP/K na udzielanie świadczeń zdrowotnych, oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pediatrii oraz na pełnienie funkcji Lekarza Kierującego oddziałem Pediatrii 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 oddziale Pediatrii w dni robocze w godzinach: 8.00 – 15.30:

Stawka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł/godz. brutto

(słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

1. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w oddziale Pediatrii w ramach dyżurów medycznych pełnionych w dni powszednie od 15.30 do 8.00 oraz 8.00 do 8.00 oraz

Stawka: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł/godz. brutto

(słownie złotych: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ )

1. Deklarowana miesięczna liczba godzin za udzielanie świadczeń zdrowotnych (w tym dyżury medyczne):

* 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 w święta w

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

**III.**  **Oświadczam, że:**

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

Moje doświadczenie w kierowaniu i zarządzaniu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń w tej dziedzinie medycyny wynosi …………………. lat

Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły, stopnie naukowe)

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

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

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

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

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

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

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

**Oświadczenia złożone przez składającego ofertę:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr K3/2023/DZP/K.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i Materiałami Informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą ofertą przez okres 30 dni licząc 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 zapoznałem/łam się z Klauzulą informacyjną dotyczą przetwarzania danych osobowych do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr K3/2023/DZP/K.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty i oświadczenia są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

**IV. Dokumenty dołączone do oferty:**

1. dyplom potwierdzający posiadanie tytułu zawodowego lekarza,
2. aktualne prawo wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej,
3. dyplom potwierdzający posiadanie tytułu lekarza specjalisty w dziedzinie pediatrii,
4. opis przebiegu pracy zawodowej z liczbą lat pracy w zawodzie lekarza specjalisty pediatrii oraz liczbą lat doświadczenia w kierowaniu komórką organizacyjną udzielającą świadczeń w tej dziedzinie medycyny;
5. aktualne orzeczenie lekarskie potwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu,
6. aktualna polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmująca sumy gwarancyjne określone przepisami rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. Nr 2019, poz. 866),
7. aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej (CEIDG), potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
8. aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
9. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu na podstawie przepisów sankcyjnych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

miejscowość i data podpis i pieczątka Oferenta