**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w systemie całodobowego zabezpieczenia opieki medycznej w ramach świadczeń szpitalnych oraz pełnienia dyżurów medycznych w zakresie:**

**neonatologii i pediatrii**

1. **Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:**

Zapoznałem się z treścią ogłoszenia……………………….…….…………………….

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

1. **Dane oferenta:**

 Imię i nazwisko………………………………………………………………………….
Adres…………………………………………………………………………………….
Nazwa oferenta..………………………………………………………………………...
Prawo wykowywana zawodu…………………………………………………….……..
Numer księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – (Wojewoda)…………………………………………………………………………....
PESEL……………………..NIP………………………….REGON……………………
Nazwa i adres podmiotu leczniczego……………………………………………………
…………………………………………………………………………………………...
Liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych w imieniu oferenta……………….

1. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, certyfikaty) ………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………...……...
2. **Telefon kontaktowy**…………………………………………………………………….
3. **E-mail**…….…………………………………………………………………………...

*Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym niezbędnych do realizacji umowy o świadczenie usług medycznych, zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego*

*Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r., w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz w zgodzie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r., o ochronie danych osobowych.*

 ………………………………………...

 Podpis i pieczątka firmowa Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia, na warunkach określonych w projekcie Umowy.
3. Prowadzi praktykę lekarską w dziedzinie ………………………………………………

zarejestrowaną w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem……………………………………………………………………………….

oraz w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG).

1. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście. W przypadku niemożności udzielania świadczeń osobiście zobowiązuje się do natychmiastowego poinformowania lekarza kierującego lub osobę zastępującą lekarza kierującego oddziałem.
2. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na co najmniej minimalną kwotę określoną stosownymi przepisami i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC nie później niż w dniu podpisania umowy , a także gwarantuje utrzymanie jej ważności przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Posiada aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
4. Zobowiązuje się dobrowolnie do wykonywania na rzecz Klinicznego Centrum świadczeń zdrowotnych w podstawowej ordynacji w wymiarze około…… godzin oraz w ramach pełnionych dyżurów około…….godzin miesięcznie.
5. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
6. stawka godzinowa – za godzinę udzielania świadczeń w ordynacji podstawowej ( tj. od godz. 7:00 do 14:35 w dni powszednie od poniedziałku do piątku) w wysokości……………………………………………………….zł

(słownie: …………………………………………………………………….)

1. stawka godzinowa – za godzinę dyżuru poza godzinami podstawowej ordynacji ( tj. od godz. 14:35 do 7:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku) w wysokości…………………………………………………………..zł

(słownie: ………………………………………………………….………….)

1. stawka godzinowa - za godzinę dyżuru w sobotę, niedzielę i świata od godz. 7:00 do 7:00 w wysokości ……………………………….…………………...zł

(słownie: ………………………………………………………….………….)

1. Posiada następujące dodatkowe uprawnienia i /lub umiejętności (np. poświadczające umiejętności wykonywania USG itp.): dokumenty poświadczające w załączeniu: …………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

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

1. Wyraża zgodę na elektroniczny system ewidencji czasu świadczenia usług, w tym przy pomocy czytnika karty magnetycznej systemu przyjętego u Udzielającego zamówienia.
2. Posiada rachunek bankowy do rozliczeń w ramach prowadzonej działalności gospodarczej o numerze:………………………………………………………………...

i zobowiązuje się powiadomić pisemnie Udzielającego zamówienia o jego zmianie.

1. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

……………………………………

 Podpis i pieczątka firmowa Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. Wydruk z Rejestru Podmiotów Wykonujących działalność leczniczą,
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,