**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

badań USG jamy brzusznej dla pacjentów Szpitala Ginekologiczno-Położniczego i Noworodków w Opolu Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu

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

Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia……………………….…….…………………….

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

1. **Dane oferenta:**

 Imię i nazwisko………………………………………………………………………….
 Data urodzenia…………………………………………………………………………..

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

1. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, kursy, uprawnienia, ceryfikaty):………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………...……...
2. **Przebieg pracy zawodowej:**……………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………...

1. **Dane Kontaktowe (Telefon, 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**

**NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

USG jamy brzusznej –……………….zł

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

1. Posiadam rachunek bankowy do rozliczeń w ramach prowadzonej działalności gospodarczej
o numerze:………………………………………………………………. i zobowiązuję się powiadomić pisemnie Udzielającego zamówienia o jego zmianie.

……………………………………

podpis i pieczątka firmowa Oferenta

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**NINIEJSZYM OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. Zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem Umowy na świadczenie usług zdrowotnych i nie zgłaszam zastrzeżeń.

**TAK/NIE\***

1. Legitymuję się min. 2 letnim doświadczeniem zawodowym w zakresie badań USG jamy brzusznej.

**TAK/NIE\***

1. W okresie 12-miesięcy poprzedzających złożenie oferty realizowałam/em świadczenia zdrowotne w zakresie będącym przedmiotem konkursu.

**TAK/NIE\***

1. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będę w siedzibie Klinicznego Centrum Ginekologii, Położnictwa i Neonatologii w Opolu, przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego, na warunkach określonych we wzorze Umowy.

**TAK/NIE\***

1. Świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście. W przypadku niemożności udzielania świadczeń osobiście zobowiązuję się do natychmiastowego poinformowania lekarza kierującego lub osobę zastępującą lekarza kierującego oddziałem.

**TAK/NIE\***

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.

**TAK/NIE\***

1. Zobowiązuje się do powstrzymania się od działań mogących naruszać dobra materialne i niematerialne Zamawiającego i/albo mogące mieć negatywny wpływ na jego interes.

**TAK/NIE\***

1. Zobowiązuje się do rzetelnego i starannego prowadzenia dokumentacji medycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i wymaganiami Zamawiającego.

**TAK/NIE\***

1. Gwarantuję utrzymanie ważności polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres obowiązywania umowy.

**TAK/NIE\***

1. Posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych, które przedłożę do dnia podpisania umowy.

**TAK/NIE\***

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

**TAK/NIE**

………………………………………………….

podpis i pieczątka firmowa Oferenta

**ZAŁĄCZNIKI- kserokopie dokumentów potwierdzonych za zgodność z oryginałem przez Oferenta:**

1. Dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją), dyplom specjalizacji/specjalisty (nie dotyczy Oferentów, z którymi obecnie zawarte są umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w/w zakresach. Nie są Oni zobowiązani do ponownego składania dokumentów w tym zakresie).
2. Decyzja o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą albo wypis
z takiego rejestru, wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
3. Polisa lub inny dokument potwierdzający zawarcie przez Oferenta ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub oświadczenie o dostarczeniu polisy do dnia podpisania umowy.