……………………………………………. ……………….……………………………… /pieczęć nagłówkowa oferenta/ miejscowości i data

**Szpital w Pyskowicach sp. z o.o.**

**44-120 Pyskowice**

**ul. Szpitalna 2**

**Formularz ofertowy na zadania 1,2,**

**Imię i nazwisko /nazwa:………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Nr wpisu do ewidencji o działalności gospodarczej……………………………………………………………**

**NIP……………………………………………. REGON…………………………………………………………………….**

**Nr telefonu…………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres działalności gospodarczej : …………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Adres do korespondencji ( w przypadku gdy nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej):……………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie 1,2,3,4,5

**Uwaga!**

oferent wypełnia tylko pozycje, które go dotyczą

**ZADANIE NR 1**

1. Pełnienie dyżurów lekarskich, w oddziale chorób wewnętrznych w dni powszednie od godziny 15.00 do godziny 7.25,

**cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Pełnienie dyżurów lekarskich, w oddziale chorób wewnętrznych w soboty, niedziele i święta od godziny 7.25 do godziny 7.25

**cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Świadczenie samodzielnej opieki lekarskiej w regulaminowym czasie pracy tj. w godzinach od 7.25 do 15.00 od poniedziałku do piątku

**cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

**ZADANIE NR 2**

1. Pełnienie dyżurów lekarskich, w oddziale anestezjologii w dni powszednie od godziny 15.00 do godziny 7.25,

**cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Pełnienie dyżurów lekarskich w oddziale anestezjologii w soboty, niedziele i święta od godziny 7.25 do godziny 7.25

**cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

1. Świadczenie samodzielnej opieki lekarskiej w regulaminowym czasie pracy tj. w godzinach od 7.25 do 15.00 od poniedziałku do piątku**)**

 **cena brutto……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych**

**Uwaga**

Planowane zatrudnienia na okres 24 miesięcy. Dyżury będą pełnione

według grafiku. Ilość dyżurów będzie uzależniona od potrzeb

Zamawiającego.

**Oświadczam, że:**

Oświadczam, że posiadam kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych, w tym:

* + - 1. dyplom ukończenia studiów
			2. prawo wykonywania zawodu, w tym odpowiednia specjalizację
			3. aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
			4. wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP.
			5. Oświadczam, że dostarczę w/w dokumenty do wglądu w przypadku wyboru mojej oferty, a przed podpisaniem umowy. Oferent na wezwanie zamawiającego dostarczy do wglądu oryginały w/w dokumentów.
			6. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie , szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
			7. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie udzielającego zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienia.
			8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalna kwotę gwarantowaną w wysokości zgodnie z wymogami rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą z dnia 29 kwietnia 2019r.(Dz.U. 2019r poz. 866 z późniejszymi zmianami).
			9. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające bak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonywane na koszt własny bądź w przypadku braku powyższego orzeczenia , na dzień złożenia oferty zobowiązanie o przedłożeniu kopii orzeczenia o stanie zdrowia na dzień podpisania umowy.
			10. W przypadku wyboru mojej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
			11. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.
			12. Oświadczam, że Udzielający zamówienia nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postepowania z przyczyn leżących po stronie oferenta.
			13. Deklaruję minimalną liczbę godzin wykonywanych w miesiącu w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych :

-W regulaminowym czasie pracy……………………………………….

-Dyżury ………………………………………..

-Gotowość ………………………………………..

* + - 1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych zawartych o ofercie na potrzeby przeprowadzenia konkursu ofert zorganizowanego przy Szpitalu w Pyskowicach sp. z o.o.

……………………………………

 / podpis oferenta /