……………………………………………. ……………….……………………………… pieczęć nagłówkowa oferenta miejscowość i data

**Szpital w Pyskowicach Sp. z o.o.**

**44-120 Pyskowice**

**ul. Szpitalna 2**

**FORMULARZ OFERTOWY NA ZADANIA NR 1, 2**

**Imię i nazwisko / nazwa:……………………………………………………………………………………………..……… ………….………………………………………………………………………………………………………………………………..Nr wpisu do ewidencji ………………………………………………………………………………………………………..**

**NIP………………………………………………………………………………………………………………………………………**

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

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

**Adres: …………………………………………..……………………………………………………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………………… ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**

**Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

1. udzielania świadczeń zdrowotnych w regulaminowym czasie pracy (od godz. 7.25 do godz. 15.00)
2. udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (dyżur od godz. 15.00 do godziny 7.25)
3. udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (dyżur od godz. 7.25 do godziny 7.25)

**Oświadczenie:**

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

1. dyplom ukończenia studiów,
2. prawo wykonywania zawodu, w tym odpowiednia specjalizację,
3. aktualną polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej,
4. wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP,

Oświadczam, że dostarczę w/w dokumenty do wglądu w przypadku wyboru mojej oferty, a przed podpisaniem umowy.

**Za udzielanie wyżej opisanych świadczeń proponuję** (wypełnić tylko pozycję, której dotyczy pozostałe skreślić)

**1) cenę brutto ……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w regulaminowym czasie pracy (od godz. 7.25 do godz.15.00)**

**2) cenę brutto ……………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (dyżur od godz. 15.00 do godziny 7.25),**

**3) cenę brutto …………………… za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (dyżur od godz. 7.25 do godziny 7.25)**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń.
2. Świadczenia zdrowotne objęte konkursem będę udzielać w siedzibie udzielającego zamówienie oraz przy użyciu sprzętu należącego do udzielającego zamówienia.
3. 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).
4. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak 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.
5. W przypadku wyboru mojej oferty, umowa zostanie zawarta na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienie oraz miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
6. Okres związania ofertą wynosi 30 dni od dnia upływu terminu do składania ofert.
7. 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.
8. Deklaruje minimalną liczbę godzin wykonaną w miesiącu, w ramach realizowanych świadczeń zdrowotnych :

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

Dyżury ………………………………………..

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.
2. Informację o Administratorze Danych Osobowych stanowi załącznik nr 1.

……………………………………

 / podpis oferenta /