Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 48/2020

1. **Dane oferenta (***wypełnić albo pkt A, albo B***)**

A. Podmiot leczniczy

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego.....
.....
Nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych..... nr KRS.....
Pełnomocnik ..... kontakt .....

B. Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko .....
Imię ojca: ..... imię matki: .....
Nazwa prowadzonej działalności: .....
adres prowadzonej działalności: .....
.....
adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*):
miejscowość..... kod pocztowy: .....
ulica.....nr.....
e-mail.....telefon do kontaktu.....
PESEL ..... NIP ..... REGON.....
Nr rachunku bankowego: .....
Nr PWZ: .....
Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): .....
Nr księgi rejestrowej (RPWDL): .....

Posiadane kwalifikacje/ ukończone kursy (*należy dołączyć kopie dyplomów, certyfikatów itp. potwierdzone „za zgodność z oryginałem”*):

1. Specjalizacja z.....
   stopień specjalizacji .....
2. Specjalizacja z.....
   stopień specjalizacji .....

Dodatkowe umiejętności (ukończone kursy i szkolenia przydatne na stanowisku):
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach Pracowni Diagnostyczno - Obrazowej Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert i warunkach projektu umowy.

3. Oferta cenowa

Nazwa badania	Cena za 1 badanie (zł brutto)
Opis badania radiografii klasycznej	
Opis badania tomograficzno - komputerowego: TK mózgowia	
Opis badania tomograficzno - komputerowego: TK klatki piersiowej z kontrastem/HRCT	
Opis badania tomograficzno - komputerowego: TK angiografia	
Opis badania tomograficzno - komputerowego: TK jama brzuszna+ miednica i inne (2 okolice anatomiczne)	
Opis badania tomograficzno - komputerowego: TK-pozostałe (zatoki, kręgosłup, klatka piersiowa bez kontrastu itp.)	
Wykonanie badania USG brzucha - wykonanie badania z opisem obrazów	
Wykonanie badania USG klatki piersiowej, tarczycy, ślinianek, tkanki miękkie, drobne stawy, zawartość moszny, przezciemiączkowe itp.) – wykonanie badania z opisem obrazów	
Wykonanie badania USG piersi	
Wykonanie badania i opisu badania USG Doppler	
Urografia	

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.07.2020r. do 30.06.2022r.**

5. Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.
b) Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG).
c) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
d) Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
e) Wyrażam zgodę na przetwarzanie tych danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.
f) Oświadczam, że obecnie pracuję w:

a. .....
na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*
b. .....
na podstawie stosunku pracy*, umowy cywilno-prawnej*,

**Niewłaściwe skreślić*

<u>Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) **:</u>

.....
.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....
.....
znajdują się w posiadaniu Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

***Wypełnić jeśli dotyczy*

Malbork, dnia .....

.....
podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:
1/ wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
2/ polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
3/ zaświadczenie (orzeczenie lekarskie) o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza
4/ kwalifikacje (dyplom ukończenia Akademii Medycznej, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, szkolenia, kursy),
5/ aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP,
6/ wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
7/zezwolenie na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,
8/ inne dokumenty i oświadczenia określone w warunkach jakie powinien spełniać oferent