Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 60/2020

1. Dane oferenta (*wypełnić albo pkt A, albo pkt 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 .....
3. dodatkowe umiejętności:
   .....
   .....

(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni otolaryngologicznej w Nowym Dworze Gdańskim w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert i warunkami projektu umowy.

3. Oferta cenowa:

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych oczekuję należności w wysokości :

	A. Proponowana cena za 1 jednostkę rozliczeniową (zł)	B. Liczba punktów (m-c)*	Wartość (A x B)
Poradnia otolaryngologiczna		5 100,00	
		Razem:	

* *Liczba punktów jest orientacyjna i może ulec zmianie. Podane parametry zawarto w celu obiektywnego porównania złożonych ofert.*

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 01.11.2020r. do 31.10.2022r.

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. Prawo wykonywania zawodu (kopia)
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej/ dyplom ukończenia specjalizacji lub uzyskania tytułu specjalisty/ certyfikaty (kopia)
3. Aktualne orzeczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza (kopia)
4. Aktualna Polisa OC lekarza (kopia)
5. Zezwolenie na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej
6. Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
7. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
8. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia BHP