Załącznik nr 1 do SWKO

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**NR POSTĘPOWANIA 20/2021**

* + - 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 (tel: ..........................................................., e-mail: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..)

NIP: ………………………………………………. REGON: ………………………………………………………………………………………

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 Oddziale chirurgii ogólnej Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu i Poradni ortopedyczno-urazowej w Malborku na warunkach określonych w SWKO i wzorze umowy do konkursu.

1. **Oferta cenowa:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | A. Proponowana cena za 1 jednostkę rozliczeniową (zł) | B. Liczba punktów (m-c)\* | Wartość (A x B) |
| Oddział chirurgii ogólnej – ortopedia i traumatologia narządu ruchu |  | 4 000,00 |  |
| Poradnia ortopedyczno-urazowa w Malborku |  | 30 000,00 |  |
|  | Razem: |  |

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

1. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 01.04.2021r. do 31.03.2023r.

1. **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:

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

a. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*

b. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*,

*\*Niewłaściwe skreślić*

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*:

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

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

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

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

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

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

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

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:

Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, prawo wykonywania zawodu, inne kursy i szkolenia) – kopie,

Dyplom uzyskania tytułu specjalisty w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu.

Zezwolenie z OIL na wykonywanie indywidualnej (specjalistycznej) praktyki lekarskiej w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

Wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty i dodatkowe ubezpieczenie praktyki zawodowej wynikające z przepisów prawa jakie będą niezbędne w tym zakresie.

Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.

Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,