Załącznik nr 1 do SWKO

#### OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

**NR POSTĘPOWANIA 2/2022**

* + - 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: ………………………………………………………………………………. wydane przez (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 ramach Oddziału PediatrycznegoPowiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, na warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy.

Deklaruję średniomiesięczną liczbę dyżurów w ilości: ................... .

1. **Oferta cenowa:**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżuru ………………………………zł brutto/ godz.
2. **Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia 01.02.2022r. do dnia 31.10.2023r.

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) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa
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, dyplom specjalizacji lub dokument potwierdzający odbywanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),*

*Wpis do CEDiG,*

*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,*