Załącznik nr 1 do SWKO

OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NR POSTĘPOWANIA 34/2022

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: .....
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. dodatkowe umiejętności:
   .....
   .....

(wymagane potwierdzenie stosownymi zaświadczeniami)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na stanowisko lekarza Poradni okulistycznej w Nowym Dworze Gdańskim (w tym konsultowanie pacjentów ZOL, Izby przyjęć i oddziału chorób wewnętrznych szpitala w Nowym Dworze Gdańskim) Powiatowego Centrum Zdrowia sp. z o.o. w Malborku w zakresie określonym w ogłoszeniu o konkursie ofert, warunkach określonych w SWKO i projekcie umowy.

3. Oferta cenowa

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni okulistycznej w Nowym Dworze Gdańskim
Stawka za 1 jednostkę rozliczeniową (poradnia okulistyczna) ..... zł (brutto)

4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.04.2022r.** do dnia **30.06.2023r.**

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) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
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*

**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:

1. *Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia uczelni medycznej, dyplom specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),*
2. *Wpis do CEDiG,*
3. *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.*
4. *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.*
5. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,*