

Załącznik nr 2.3 do SWKO

.....  
(pieczęćka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

zakres oferty nr: 8 Otorynolaryngologia

Zamawiający:  
Szpital Pomnik Chrztu Polski  
ul. Św. Jana 9  
62-200 Gniezno

**DANE OFERENTA:**

1. Pełna nazwa Oferenta: .....  
.....
2. Adres .....
3. Numer telefonu : .....  
adres e-mail: .....
4. Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu  
.....  
.....

**PRZEDMIOT OFERTY:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Oddziale:** .....  
.....
2. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia  
.....  
.....  
.....

Deklarowana ilość godzin Świadczenie usług	
Deklarowana miesięczna ilość godzin	
Świadczenie usług procedury medyczne (dotyczy Zakresu 8)	
proponowany % :	
świadczenia z zakresu otorynolaryngologii hospitalizacja	
świadczenia z zakresu otorynolaryngologii – świadczenia diagnostyki i leczenia onkologicznego – poza pakietem onkologicznym	
świadczenia z zakresu otorynolaryngologii- hospitalizacja- pakiet onkologiczny	
świadczenia z zakresu otorynolaryngologii- hospitalizacja- świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18 roku życia (świadczenia finansowane odrębnie w PSZ)	

## Oświadczenia

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach ustalonych przez Zamawiającego
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w SWKO.
3. Uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że:
  - a/ zapoznałam się treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz treścią wzoru umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
  - b/ posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
  - c/ potwierdzam spełnienie obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego w zakresie przetwarzania moich danych osobowych .
  - d/ wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym

- e/ w chwili obecnej nie toczy się/ toczą\* przeciwko mnie żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawach, o którym mowa powyżej powiadomę Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
- g/ moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosi .....lat.
- h/ wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz dołączonych załącznikach przez Szpital Pomnik Chrztu Polski na potrzeby przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego dotyczącego udzielania świadczeń zdrowotnych

**Oświadczam, że posiadam obecnie zawartą umowę z Zamawiającym na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem, a stan prawny oraz stan faktyczny dotyczący dokumentów wymienionych w pkt. IV.2 SWKO nie uległ zmianie / uległ zmianie wyłącznie w zakresie załączonych dokumentów\*.**

*\*niepotrzebne skreślić*

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Data:.....

.....  
Pieczęć i podpis oferenta

*\*Niewłaściwe skreślić*