

Załącznik nr 1.2 do SWKO

.....  
(pieczęćka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w konkursie na udzielanie ambulatoryjnych**  
**świadczeń zdrowotnych**  
**w ZAKRESIE 2- diabetologia**

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

**1. 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  
.....  
.....

**2. PRZEDMIOT OFERTY:**

1. Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie diabetologii  
w ramach Diabetologicznej Poradni Specjalistycznej Szpitala Pomnik Chrztu Polski.
2. **Kwalifikacje zawodowe** (posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania):  
.....  
.....  
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. Oferowana dostępność:

Dzień tygodnia*	Liczba godzin	Przedział czasowy dostępności	
		Od godziny	Do godziny
Poniedziałek			
Wtorek			
Środa			
Czwartek			
Piątek			

\* zaznaczyć właściwe

Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu: .....

### 4. Proponowana cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego zamówienia w Poradni Okulistycznej przez lekarzy specjalistów w dziedzinie okulistyki:

.....% ceny świadczenia ustalonej przez NFZ za udzielone  
świadczenie w okresie rozliczeniowym.

## 5. Oświadczenia\*

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w formularzu ofertowym.
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) zapoznałem(am) się z 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) zostałem(am)/ zaszczepiony(a) przeciw WZW,
  - e) posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
  - f) posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu bhp na stanowiskach medycznych,
  - g) wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
  - h) w chwili obecnej nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej powiadomię Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
  - i) **moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosi .....lat\*\*,**
  - j) 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.

*\* dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Oferenta według wykazu*

*\*\* w przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy okres doświadczenia przyjmowany będzie jako średnia arytmetyczna okresów doświadczenia wszystkich lekarzy przedstawionych przez Oferenta w wykazie*

5. W przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy należy złożyć oświadczenie wskazujące, czy nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu, przez poszczególnych lekarzy, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tego podmiotu, o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej Zamawiający zostanie niezwłocznie powiadomiony w formie pisemnej.

***\*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\*\*.***

*\* dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Oferenta lub według wykazu*

*\* jeżeli oferent nie posiada zawartej umowy o świadczenie należy skreślić*

*\*\* niepotrzebne skreślić*

.....  
(data i podpis składającego oświadczenia)

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

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

Data:.....

.....  
Pieczątką i podpis oferenta