

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii oraz Pracowni Diagnostyki Słuchu i Mowy Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie wykonywania badań słuchu i snu zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”, na podstawie umowy zlecenia

Znak: KOSZ/Z/8/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

3. PESEL

4. Nr dyplomu/świadectwa potwierdzającego kwalifikację w zawodzie.....

5. tel. e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii oraz Pracowni Diagnostyki Słuchu i Mowy** SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie wykonywania badań słuchu i snu zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”, zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO oraz umowie zlecenia, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania badań słuchu i snu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania nie zostało zawieszone.
3. Oświadczam, że posiadam badania lekarskie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych.
4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane przeze mnie osobiście, na poziomie zgodnym z przyjętymi u Zamawiającego standardami oraz z uwzględnieniem aktualnej wiedzy medycznej, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na upublicznienie moich danych osobowych (imię i nazwisko) w rozstrzygnięciu konkursu ofert na stronie internetowej Zamawiającego.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę:

1. liczba proponowanych godzin miesięcznie:
- **zł brutto za 1 (jedną) godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych **w Klinicznym Oddziale Otorynolaryngologii oraz Pracowni Diagnostyki Słuchu i Mowy** SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, wyszczególnionych

w Załączniku nr 2 do SWKO, według zatwierdzonego przez Udzielającego Zamówienia harmonogramu realizacji świadczeń.

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję i nie zgłaszam zastrzeżeń do postanowień zawartych we wzorze umowy zlecenia, stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO i zobowiązuję się do zawarcia umowy na wskazanych warunkach i w terminie określonym przez Zamawiającego.
2. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych **min.** godzin w miesiącu, w terminach wyznaczonych wg harmonogramu ustalonego przez Zamawiającego.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy zlecenia i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu lat poprzedzających termin składania ofert w niniejszym konkursie SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym nie rozwiązał ze mną umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych z przyczyn leżących po mojej stronie.
3. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe,
2. kserokopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, zgodnie z Załącznikiem nr. 2 do SWKO,
3. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP,
4. oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
5. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta