

.....
pieczęćka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Pediatrii Samodzielnego Zespołu Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie konsultacji hematologicznych i onkologicznych zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”, na podstawie umowy zlecenia.

Znak: KOSZ/Z/9/2023

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

3. PESEL

4. Nr prawa wykonywania zawodu

5. Nr dokumentu specjalizacji / Specjalizacja

6. tel. e-mail

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**, w zakresie konsultacji hematologicznych i onkologicznych 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 zawodu lekarza, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu nie zostało zawieszane.
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. **zł brutto** za **gotowość do konsultacji w Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ**,
2. **zł brutto** za **1 (jedną) konsultację w Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ**,

wyszczególnione 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.

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 prawa wykonywania zawodu lekarza,
2. kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza,
3. kserokopia posiadanych specjalizacji/tytułu specjalisty,
4. kserokopia dyplomów ukończonych kursów/szkoleń,
5. aktualne orzeczenie lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań i zdolności do wykonywania zawodu oraz udzielania świadczeń zdrowotnych, a także aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP,
6. oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami,
7. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta