

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Leczenia Mukowiscydozy, SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chorób płuc dzieci, zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/11/2024

I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta

.....

2. Adres z kodem

.....

3. tel. e-mail

4. NIP REGON

5. Kopia wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

6. Nr dyplomu potwierdzającego ukończenie studiów

7. Nr dyplomu specjalizacji

8. PESEL, Data urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w Centrum Leczenia Mukowiscydozy SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie chorób płuc dzieci („świadczenia zdrowotne”), zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia stanowiącym Załącznik nr 2 do SWKO, na zasadach określonych w SWKO i umowie, której wzór stanowi Załącznik nr 3 do SWKO.
2. Oświadczam, że posiadam wszystkie odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami oraz, że prawo do wykonywania zawodu 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:

- **zł brutto** za **1 godzinę** udzielania świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Chorób Płuc** 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, 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 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. Dokument stwierdzający wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub oświadczenie o złożeniu wniosku o wpis.
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom zawodowy lekarza, kursy/specjalizacje.
5. Kserokopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, zgodnie z Załącznikiem nr. 2 do SWKO.
6. Kserokopia polisy lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
7. Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
8. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
9. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta