

.....
pieczętka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, w zakresie opisywania badań elektroencefalograficznych zwanymi dalej „świadczenia zdrowotne”.

Znak: KOSZ/12/2024

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. Nr dokumentu potwierdzającego uprawnienia

9. PESEL, Data urodzenia

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych w **Klinicznym Oddziale Pediatrii SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym**, w zakresie opisywania badań elektroencefalograficznych („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 czynności w zakresie opisywania badań elektroencefalograficznych, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
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 opis EEG**
- **zł brutto za 1 opis video-EEG**

w **Klinicznym Oddziale Pediatrii** 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.

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 rozwiązałem 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. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego.
2. Kserokopia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje zawodowe, w tym dyplom specjalizacji/ licencji do interpretowania badań EEG.
3. Kserokopia dokumentów potwierdzających doświadczenie zawodowe, zgodnie z Załącznikiem nr. 2 do SWKO.
4. Kserokopia polisy lub pisemne zobowiązanie się oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
5. Aktualne orzeczenie lekarskie wobec braku przeciwwskazań zdrowotnych i zdolności do realizacji świadczeń zdrowotnych oraz aktualne zaświadczenie o szkoleniu w zakresie BHP.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.
7. Oświadczenie oferenta, że kopie złożone w ofercie są zgodne z posiadanymi oryginałami.
8. CV.

podpis osoby umocowanej do reprezentowania Oferenta