**FORMULARZ OFERTOWY (OFERTA)**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES OFERENTA** |  |
| **NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ**  w rejestrze podmiotów wykonującychdziałalność leczniczą |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| E-MAIL |  |
| Nr konta bankowego |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu  tel./fax /e-mail |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne z zakresu **chirurgii** na rzecz pacjentów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie, zgodnie z warunkami określonymi w Ogłoszeniu o konkursie.

1. **Oferuję** wykonanie **części 1 / 2 / 3 / 4** \* zamówienia zgodnie ze szczegółową ofertą przedstawioną w Załączniku nr 1 do Ogłoszenia o Konkursie Ofert.

Maksymalna wartość brutto świadczeń wynosi:

Część **1 / 2 / 3 / 4 \*** ……………………………..……… zł brutto

1. Umiejętność obsługi systemu InfoMedica/AMMS:

TAK\* /NIE\*

1. **Oświadczam, że:**
2. osoba, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienie, posiada wymagane w opisie przedmiotu konkursu wykształcenie, doświadczenie i umiejętności, a także zapewni prawidłową i należytą realizację świadczenia,
3. (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka): na każde wezwanie Udzielającego świadczenie lub instytucji kontrolujących okażę stosowne dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu,
4. posiadam wymaganą przez przepisy prawa **umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w okresie trwania realizacji świadczenia zdrowotnego lub

przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienie, taką umowę będę posiadać i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy.

1. posiadam **umowę ubezpieczenia od** **ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych, w tym wirusa HIV WZW typu B i C**, w okresie trwania realizacji świadczenia zdrowotnego lub

oświadczam, że przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienie, taką umowę będę posiadać i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy.

1. posiadam dodatkową **umowę ubezpieczenia pokrywającą szkody majątkowe** wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych na kwotę nie niższą niż 50 000,00 zł na każde zdarzenie lub

oświadczam, że przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienie, taką umowę będę posiadać i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy.

1. nie jestem pracownikiem Udzielającego zamówienie /lub/ w przypadku wyboru mojej oferty w dniu podpisania umowy, a także w trakcie jej trwania nie będę pracownikiem Udzielającego zamówienia. W przypadku Przyjmującego zamówienie, który zatrudnia osoby, które uzyskały na zasadach określonych w odrębnych przepisach uprawnienia do wykonywania zawodu z dziedziny medycyny odpowiadającego świadczeniom zdrowotnym, które są przedmiotem zamówienia – osoby te nie są lub nie będą pracownikami Udzielającego zamówienia.
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-2/21 prowadzonym w trybie konkurs ofert,
3. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszym konkursie ofert nr ZP-4240-2/21.\*\*

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz cenowy i opis przedmiotu zamówienia wg wzoru Załącznika nr 1.
      2. Formularz ofertowy wg wzoru Załącznika nr 2.
      3. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 3.
      4. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
      5. Kopia prawa wykonywania zawodu, dyplomu, specjalizacji, wpisu do rejestru praktyki zawodowej, certyfikatów, itp.)
      6. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy w narażeniu na promieniowanie jonizujące.
      7. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności OC lub oświadczenie z zobowiązaniem do zawarcia takiej polisy przed rozpoczęciem realizacji świadczeń i jej posiadaniu przez cały okres trwania umowy.
      8. Kopia polisy ubezpieczenia od ryzyka wystąpienia chorób zakaźnych, w tym wirusa HIV i WZW typu B i C lub oświadczenie z zobowiązaniem do zawarcia takiej polisy przed rozpoczęciem realizacji świadczeń i jej posiadaniu przez cały okres trwania umowy.
      9. Kopia polisy pokrywającej szkody majątkowe do kwoty 50 000,- zł lub oświadczenie z zobowiązaniem do zawarcia takiej polisy przed rozpoczęciem realizacji świadczeń i jej posiadaniu przez cały okres trwania umowy.
      10. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).
      11. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

…………………………………..

Miejscowość i data

…………………………………

podpis