Załącznik nr 1   
do Zapytania ofertowego  
 nr DO-4240-5/21

OFERTA

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie patomorfologii

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  | |
| Adres Oferenta |  | |
| Nr RPWDL (Księga Rejestrowa) |  | |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| PESEL |  | |
| Adres zamieszkania |  | |
| Nr rachunku bankowego |  | |
| Dane kontaktowe w sprawie oferty | tel. |  |
| e-mail |  |

Oferuję udzielenie świadczeń zdrowotnych z zakresu patomorfologii na rzecz Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie, w poniższym zakresie, przez okres 6-ciu miesięcy (okres, na który zostanie zawarta umowa, może zostać przedłużony do wyczerpania maksymalnej szacunkowej wartości umowy).

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Opis zadań | **Szacunkowa liczba** godzin w trakcie trwania umowy | Cena jednostkowa netto w zł za godzinę | Cena jednostkowa brutto w zł za godzinę | Maksymalna cena łączna netto w zł (poz. z kol. 2 x 3) | Maksymalna cena łączna brutto w zł  (poz. z kol. 2 x 4) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu patomorfologii . | 300 |  |  |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |  |

Proszę uzupełnić wiersz w kolumnach 3,4,5 i 6.

Oświadczam, że:

1. osoba, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienie, posiada wymagane w opisie przedmiotu zamówienia wykształcenie, doświadczenie i umiejętności, a także zapewni prawidłową i należytą realizację świadczenia,
2. osoba, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych nie jest pracownikiem Udzielającego zamówienie /lub/, w przypadku wyboru jej oferty w dniu podpisania umowy, a także w trakcie jej trwania nie będzie pracownikiem Udzielającego zamówienia. W przypadku Przyjmującego zamówienie, który zatrudnia osoby, które są uprawnione do realizacji w/w świadczeń zdrowotnych - osoby te nie są lub nie będą pracownikami Udzielającego zamówienia,
3. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr DO-4240-5/21prowadzonym w trybie zapytania ofertowego.

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Oferta wg wzoru Załącznika nr 1.
      2. Kopia dokumentu potwierdzającego prawo do wykonywania zawodu potwierdzona za zgodność z oryginałem (dyplom, specjalizacja, wpis do rejestru praktyki zawodowej itp.).
      3. Oświadczenie Oferenta o posiadaniu minimum 5-cioletniego, udokumentowanego doświadczenia w diagnostyce patomorfologicznej, (dokumenty do wglądu, na każde wezwanie Udzielającego zamówienie).
      4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.
      5. Kopia umowy ubezpieczenia OC lub oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 3.
      6. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (jeśli dotyczy - w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).
      7. Oświadczenie Oferenta w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO wg wzoru Załącznika nr 2[[1]](#footnote-1) (jeśli dotyczy)
      8. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

Data:

……………………………………………

Podpis Oferenta

*Załącznik nr 2   
do Zapytania ofertowego  
 nr DO-4240-5/21*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA   
w zakresie wypełniania obowiązków informacyjnych przewidzianych   
w art. 13 lub art. 14 RODO[[2]](#footnote-2)**

Składając ofertę w odpowiedzi na Zapytanie ofertowe nr DO-4240-5/21 oświadczam, że 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 realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego Zapytania ofertowego.1

Data:

..............................................................................

Podpis Oferenta

Załącznik nr 3   
do Zapytania ofertowego   
nr DO-4240-5/21

**OŚWIADCZENIE O POSIADANIU UMOWY UBEZPIECZENIOWEJ**

Oświadczam, że:

1. 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.[[3]](#footnote-3)

Data:

………………………………

Podpis Oferenta

1. Wypełniane wyłącznie gdy ofertę składa inny podmiot niż osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, która osobiście będzie wykonywała umowę [↑](#footnote-ref-1)
2. Wypełniane wyłącznie gdy ofertę składa inny podmiot niż osoba fizyczna lub osoba fizyczna prowadząca jednoosobową działalność gospodarczą, która osobiście będzie wykonywała umowę [↑](#footnote-ref-2)
3. Niepotrzebne skreślić [↑](#footnote-ref-3)