FORMULARZ OFERTOWY

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES OFERENTA** |  |
| **NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ**  w rejestrze podmiotów wykonującychdziałalność leczniczą |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| E-MAIL |  |
| PESEL osoby, która będzie realizować świadczenia |  |
| Adres zamieszkania osoby, która będzie realizować świadczenia |  |
| 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 **genetyki klinicznej** 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 zamówienia:

**Część nr 1:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne | Dzień tygodnia (od poniedziałku do piątku) | **W godzinach**  **od 9:00 do 13:00** | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 konsultację | Szacunkowa liczba konsultacji w okresie obowiązywania umowy | Maksymalna cena łączna brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (iloczyn poz. z kolumn 4 x 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu genetyki klinicznej |  |  |  | **1040** |  |

**Część nr 2:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne | Dzień tygodnia (od poniedziałku do piątku) | **W godzinach**  **od 15:00 do 20:00** | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 konsultację | Szacunkowa liczba konsultacji w okresie obowiązywania umowy | Maksymalna cena łączna brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (iloczyn poz. z kolumn 4 x 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu genetyki klinicznej |  |  |  | **1300** |  |

1. Umiejętność obsługi systemu 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. 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-4240-6/22 prowadzonym w trybie konkursu 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-4240-6/22.\*

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz ofertowy wg wzoru Załącznika nr 1.
      2. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 2.
      3. Kopia prawa wykonywania zawodu, dyplomu, specjalizacji, wpisu do rejestru praktyki zawodowej, certyfikatów, itp.
      4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu.
      5. 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.
      6. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).
      7. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

…………………………………..

Miejscowość i data

…………………………………

podpis