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 świadczenia zdrowotne **z zakresu genetyki, realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie** 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 | Szacunkowa liczba konsultacji w okresie obowiązywania umowy | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 konsultację | Maksymalna szacunkowa cena łączna brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (iloczyn poz. z kolumn 2 x 3) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu genetyki, realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie | **1000** |  |  |

**Część nr 2:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne | Szacunkowa liczba konsultacji w okresie obowiązywania umowy | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 konsultację | Maksymalna szacunkowa cena łączna brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (iloczyn poz. z kolumn 2 x 3) |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu genetyki, realizowane w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej i świadczeń zdrowotnych kontraktowanych odrębnie | **1800** |  |  |

1. Umiejętność obsługi systemu AMMS:

TAK\*\* /NIE\*\*

\*\*-niepotrzebne skreślić (brak skreślenia lub jednoczesne skreślenie dwóch wariantów odpowiedzi, spowoduje, że Udzielający zamówienia potraktuje odpowiedź jako negatywną)

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.
5. 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.
6. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-3/23 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
7. 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-4240-3/23.\*

*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, dokumentu potwierdzającego, iż Oferent jest w trakcie 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