

FORMULARZ OFERTOWY

NAZWA OFERENTA	
ADRES OFERENTA	
NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ w rejestrze podmiotów wykonujących działalność 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 **chirurgii onkologicznej** 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 zgodnie ze szczegółową ofertą przedstawioną w Załączniku nr 1.
2. Umiejętność obsługi systemu AMMS:

TAK** /NIE**

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

3. Oświadczam, że:
 - a) osoba, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienie, posiada wymagane w opisie przedmiotu konkursu wykształcenie, doświadczenie i umiejętności, a także zapewni prawidłową i należyłą realizację świadczenia,
 - b) (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka): na każde wezwanie Udzielającego świadczenie lub instytucji kontrolujących okażą stosowne dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu,
 - c) 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.

- d) 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.
- e) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-1258/23 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
- f) 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-4240-1258/23.

Załączniki do oferty:

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

.....
Miejscowość i data

.....
podpis

¹ W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Przyjmujący zamówienie nie składa.