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 opieki pediatrycznej dla pacjentów w trakcie radioterapii protonowej** 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:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne | Szacunkowa liczba godzin udzielania świadczeń w 1 miesiącu | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 h | Szacunkowa wartość udzielonych świadczeń w 1 miesiącu | Liczba miesięcy udzielania świadczeń zdrowotnych | Maksymalna cena łączna oferty (iloczyn poz. z kolumn 4 x 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| Świadczenia zdrowotne z zakresu opieki pediatrycznej dla pacjentów w trakcie radioterapii protonowej | **110** |  |  | 14 |  |

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. 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. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-2/24 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
6. 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-4240-2/24.\*

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 2.
      2. 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.
      3. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).
      4. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

…………………………………..

Miejscowość i data

…………………………………

podpis