FORMULARZ OFERTOWY

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu genetyki klinicznej

|  |  |
| --- | --- |
| NAZWA OFERENTA |  |
| ADRES OFERENTA |  |
| Numer w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL – dawna Księga Rejestrowa) |  |
| NIP |  |
| Regon |  |
| NUMER TELEFONU |  |
| E-MAIL |  |
| PESEL osoby, która będzie realizować świadczenia |  |
| Adres zamieszkania osoby, która będzie realizować świadczenia |  |
| Nr konta bankowego |  |

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych **z zakresu genetyki, realizowanych 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,w poniższym zakresie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 | **1200** |  |  |

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 zamówienia 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 zapytania ofertowego,
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 w prowadzonym zapytaniu ofertowym nr DO-4240-4/24,
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 zapytaniu ofertowym nr ZP-4240-4/24.\*

*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.
      4. Kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zapytania ofertowego.
      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