FORMULARZ CENOWY

|  |  |
| --- | --- |
| **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 onkologii 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 w zakresie:

**Części: 1 □**, **2** **□\***

*(\*właściwe zaznaczyć)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer części** | Świadczenia zdrowotne | Szacunkowa ilość godzin miesięcznie | Szacunkowa liczba godzin w okresie obowiązywania umowy | Cena jednostkowa brutto w zł za 1 h udzielania świadczeń | Maksymalna cena łączna oferty brutto w okresie obowiązywania umowy w zł (iloczyn poz. z kolumn 3 x 4) |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Część 1 | Świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii klinicznej | 96 | 1152 |  |  |
| Część 2 | Świadczenia zdrowotne z zakresu onkologii klinicznej | 64 | 768 |  |  |

1. **Należy wypełnić kolumnę 4 oraz 5 tylko w 1 wierszu.**
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)

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-4240-8/24 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-4240-8/24.\*

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz cenowy wg wzoru Załącznika nr 1.
      2. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 2.
      3. Kopia prawa wykonywania zawodu, dyplomu, specjalizacji, 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