

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 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	100			18	

2. **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) 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) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-10/24 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
- e) 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-4240-10/24.*

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

* 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