**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES OFERENTA** |  |
| **NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ** w rejestrze podmiotów wykonującychdziałalność leczniczą |  |
| KRS  |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu  |  |
| Nr tel. osoby upoważnionej do kontaktu |  |
| e-mail osoby upoważnionej do kontaktu  |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert nr ZP-4240-19/24 na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu **teleradiologii** 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 **maksymalnej cenie łącznej brutto**:

…………………………………………………………..

(słownie: ………………………………………………………………………………………..)

1. Oświadczam, że:
2. osoby, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienie, posiadają wymagane w opisie przedmiotu konkursu wykształcenie, doświadczenie i umiejętności, a także zapewnią prawidłową i należytą realizację świadczenia,
3. (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka): na każde wezwanie Udzielającego zamówienie 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 i 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-4240-19/24 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-4240-19/24.

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz cenowy wg wzoru Załącznika nr 1.
			2. Warunki techniczne dotyczące realizacji świadczeń – Załącznik nr 1a
			3. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych dla NIO-PIB Kraków (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka) wg wzoru Załącznika nr 1b
			4. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 3.
			5. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności OC.
			6. 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.