**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 |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne **z zakresu radioterapii onkologicznej** realizowane 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 zgodnie ze szczegółową ofertą przedstawioną w Załączniku nr 1 do Ogłoszenia do konkursu nr DKP.5250.5.2025.
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,

1. 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,
2. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr DKP.5250.5.2025 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
3. 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 DKP.5250.5.2025,
4. zapoznałem się z Ogłoszeniem o konkursie i przyjmuję jego treść bez zastrzeżeń, w szczególności zapoznałem się z warunkami przedstawionymi we wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń,
5. spełniam warunki i wymagania konkursu ofert nr DKP.5250.5.2025,
6. złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.

4. Zobowiązuję się (w imieniu Oferenta), w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie i w terminie zgodnym z Ogłoszeniem o konkursie ofert.

5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że następujące dokumenty znajdują się u Udzielającego zamówienie oraz **oświadcza, że dokumenty te są aktualne na dzień składania oferty**:

**□** kopia prawa wykonywania zawodu

**□** kopia dyplomu uzyskania specjalizacji

**□** kopia zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu wydanego przez uprawnionego lekarza medycyny pracy.

**□** kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności OC.

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz cenowy wg wzoru Załącznika nr 1 do Ogłoszenia.
			2. Kopia prawa wykonywania zawodu *(vide punkt 5 powyżej)*,
			3. Kopia dyplomu uzyskania specjalizacji *(vide punkt 5 powyżej)*.
			4. Imienny wykaz osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych w NIO-PIB Kraków (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka).
			5. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

………………………………….. …………………………………

Miejscowość i data podpis