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 |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktutel./fax /e-mail |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne z zakresu **ginekologii onkologicznej, ginekologii i położnictwa oraz kompleksowego leczenia raka piersi** realizowanena 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.5250.8.2025.
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. 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 DKP.5250.8.2025 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 DKP.5250.8.2025,
8. 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.
9. Spełniam warunki i wymagania konkursu ofert nr DKP.5250.8.2025.
10. złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
11. 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..
12. 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.

*Załączniki do oferty*:

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

¹ Nie dotyczy Przyjmującego zamówienie, który 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..