

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Opolu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników – **Nr sprawy ZPU 24/KO 1/2019.**

DANE OFERENTA (tylko podmioty posiadające osobowość prawną)

Nazwa podmiotu

.....

Nr REGON NIP

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail:

Adres podmiotu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

Gmina/dzielnica:

Ulica/nr domu/nr lokalu:

Nr konta bankowego:

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych/ Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Oświadczam, że zostały wypełnione obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

OFERTA SZCZEGÓŁOWA

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Propozycje wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczenia na rzecz Udzielającego zamówienia zawiera załącznik nr 1a do niniejszej oferty.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia Konkursu ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
2. zapoznałem się z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte,
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 14 dni od upływu terminu składania ofert,
4. oświadczam, że stan zdrowia osób udzielających świadczeń zdrowotnych pozwala im na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

.....
miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:

1.
2.
3.