**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 44/KO/2021.**

**DANE OFERENTA:**

**Nazwa praktyki lekarskiej / Imię i nazwisko1 / Nazwa podmiotu:**

…………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

Nr REGON[[1]](#footnote-1)…...…….…………….……… NIP1……………………………….……………

Nr ewidencyjny PESEL[[2]](#footnote-2): ………………………………………

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

**Adres siedziby praktyki lekarskiej / zamieszkania2 / podmiotu:**

Kod pocztowy: ……………………..……………………..……………………………….……

Miejscowość: ……………………….…………………………………………………………..

Gmina/dzielnica: ……………………..…………………………………………………………

Ulica/nr domu/nr lokalu: ……………………..…………………………………………………

Nazwa banku, nr konta[[3]](#footnote-3): ……...………………………………………………………………...

**Imię i nazwisko lekarza, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych4**: ...…………….....

**Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania**…………………………………….

**Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą** …………………

…………………………………. ……... …………………………..

*miejscowość i data podpis Oferenta*

**OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU.
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: **……………….… zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń (słownie:…………………………………………..…….)**
3. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla lokalizacji wskazanych pkt 2 ppkt 3 SWK
4. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **od 01.10.2021 r.** do **31.12.2022 r. (15 m-cy)**

…………………………………. ……... …………………………..

*Miejscowość i data podpis Oferenta*

**Oświadczenie oferenta dotyczące doświadczenia**

Oświadczam, że **posiadam doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu określonego w pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU w ilości **………… godzin,** zdobyte w okresie 3 lat przed terminem składania ofert.

Ww. świadczenia realizowane były na rzecz Regionalnego Centrum Krwiodawstwa  
i Krwiolecznictwa w **…………………………………………………..………………………**

…………………………………. ……... …………………………..

*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,

zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej  
w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

…………………………………. ……... …………………………..

*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 akceptuje 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 zdeklarowanym stanowisku.
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
6. oświadczam, iż Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformował pisemnie   
   i uzyskał zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych przez Wykonawcę w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

…………………………………. ……... …………………………..

*miejscowość i data podpis Oferenta*

**Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:**

1. …………………………………………………………………………….
2. …………………………………………………………………………….

1. *Dotyczy tylko osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz podmiotów posiadających osobowość prawną* [↑](#footnote-ref-1)
2. *Dotyczy tylko osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej* [↑](#footnote-ref-2)
3. *Wykonawca przy realizacji Umowy zobowiązuje posługiwać się rachunkiem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 2357) zawartym w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz.U. z 2020 r. poz. 106)*

   *4Jeśli świadczeń zdrowotnych będzie udzielało więcej niż jeden lekarz proszę podać dane (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu i datę wydania oraz nr wpisu do RPWDL) każdego z nich.* [↑](#footnote-ref-3)