Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. Dane oferenta:**

1. Pełna nazwa i adres:………………………………………………………………………………………………………………………..

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

1. Numer wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………………………………………………….
2. Oznaczenie organu dokonującego wpisu do rejestru: ……………………………………………………………………..
3. Regon: ……………..……………..…… NIP : ……………………………………… PESEL: …………………………..……..

1. Telefon/fax: ……………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:…………………………..………
3. **Zakres oferty / przedmiot oferty jest:**

Udzielanie ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie …………………………………………….…..

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

i zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Zamawiającego oraz do udzielania świadczeń w terminach i godzinach uzgodnionych z zamawiającym.

1. **Oferowana/proponowana:**
2. Cena brutto:
3. …………………………………………….………………………………………………
4. Liczba godzin świadczonych usług w miesiącu : ……………………………………………………..
5. **Proponowany czas trwania umowy, z zastrzeżeniem pkt VI Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert:** ………………………………………………………………………..…………………….
6. **Oświadczenie:**
7. Oświadczam, że zapoznałem/łam się ze wzorem umowy, stanowiącym Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert, Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert, treścią ogłoszenia z dnia …………………….…….., opublikowanego przez Udzielającego Zamówienia, dotyczącego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych.
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie niezbędnym dla potrzeb Zamawiającego w trakcie postępowania konkursowego i po zawarciu umowy. (ustawa o ochronie danych osobowych).
9. Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje uprawnienia i kwalifikacje zawodowe, polisa ubezpieczeniowa odpowiedzialności cywilnej, orzeczenie lekarskie są aktualne i znajdują się w dokumentacji zamawiającego w związku z zawartą umową obowiązującą do **………………………………….….**[[1]](#footnote-1)
10. Oświadczam, że kserokopie złożonych dokumentów wykonane zostały z oryginału, a zawarte w nim dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

**VI. Załączniki:**

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

* Aktualny wpis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej RP/KRS
* Kserokopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
* Kserokopia dyplomu ukończenia uczelni wyższej
* Kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem i wszystkie zapisane)
* Kserokopia innych dokumentów potwierdzających dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia zawodowe (specjalizacje, kursy kwalifikacyjne, kursy specjalistyczne, inne kursy)
* Kserokopia aktualnej polisy OC
* Kserokopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o zdolności do podjęcia świadczeń na stanowisku objętym postępowaniem konkursowym, wystawionego przez lekarza medycyny pracy

…………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data podpis

1. nie dotyczy osób, które po raz pierwszy składają ofertę w W-MCChP w Olsztynie [↑](#footnote-ref-1)