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: …………………………………………… adres email:………………………………………………………………….
2. Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń medycznych:…………………………..………
3. **Zakres oferty / przedmiot oferty jest:**

Udzielanie 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 za 1 konsultację /1 godz. / 1 pkt rozliczeniowy:

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

1. Liczba godzin / liczba konsultacji w miesiącu świadczenia usług:

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

1. **Proponowany czas trwania umowy, z zastrzeżeniem pkt VI Szczegółowych Warunków Konkursu**

**Ofert:** ………………………………………………………………………..…………………….

1. **Oświadczenie:**
2. 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.
3. 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).
4. 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)
5. Oświadczam, że mój staż pracy w zawodzie lekarza wynosi: …………………………………………………….
6. 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
* Oświadczenie/ zgoda na przetwarzanie danych osobowych
* informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art.207 KK oraz w ustawie z dnia 29.07.2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz.U. z 2023r. poz. 172 oraz 2022r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego,
* informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, w przypadku gdy oferent, posiada obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska,
* oświadczenie o państwie lub państwach, w których oferent zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi,

…………………………………………… ………………………………………………

Miejscowość, data podpis

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