**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG) | | | |
| Imię i nazwisko Oferenta | | | |
| Kod pocztowy i miejscowość | | Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność | |
| PESEL | NIP | | REGON |
| Adres do korespondencji ( podać jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności | | | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Adres mail oferenta | |
| Kwalifikacje zawodowe lekarza (zaznaczyć krzyżykiem) | * tytuł magistra elektroradiologii   lub elektrodiagnostyki  **lub**   * licencjat z elektroradiologii lub elektroradiologii   **lub**   * tytuł zawodowy technik elektroradiologii lub elektrodiagnostyki | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW (wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy w Zakładzie lub Pracowni Diagnostyki Obrazowej (zaznaczyć krzyżykiem ) | * < 2 lata * 3- 6 lat * 7- 9 lat * 10 lat i powyżej | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW (wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba dyżurów medycznych (zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych w Pracowni Diagnostyki Obrazowej** | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
| * mniej niż 7 dyżurów medycznych 24 godzinnych (ile?)…….. * 7 dyżurów medycznych 24 godzinnych * 8 dyżurów medycznych 24 godzinnych * 9 dyżurów medycznych 24 godzinnych * 10 dyżurów medycznych 24 godzinnych i więcej ( ile?)........ |  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość wynagrodzenia za realizację świadczeń** | | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja )** |
| ………………zł | Stawka za godzinę dyżuru medycznego |  |

1. **Przystąpienie do konkursu ofert jako ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Umowa kontraktowa**   Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu ustawy z dnia 17.08.2023 r.. o niektórych zawodach medycznych |  |
| * **Umowa zlecenie**   Osoba fizyczna, nieprowadząca działalności gospodarczej , ale posiadająca fachowe kwalifikacje do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym |  |

1. **Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryterium oceny oferty, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

1. **Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Kopię dyplomu : ukończenia studiów kierunkowych * Kopie ukończenia szkoły medycznej * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń potwierdzających posiadane dodatkowe kwalifikacje * Kopię zaświadczenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualny wydruk z wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletnich * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w Zakładzie lub Pracowni Diagnostyki Obrazowej * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego | UWAGA: **Dotyczy oferentów prowadzących działalność gospodarczą .** Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * Kopię dyplomu : ukończenia studiów kierunkowych * Kopie ukończenia szkoły medycznej * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń potwierdzających posiadane dodatkowe kwalifikacje * Kopię zaświadczenia w zakresie ochrony radiologicznej pacjenta * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletnich * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w Zakładzie lub Pracowni Diagnostyki Obrazowej * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego | UWAGA: Dotyczy oferentów **nieprowadzących** działalność gospodarczą . Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |

**Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.**

Data i podpis ……………………..………………………

Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.