**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (pieczątka Firmowa ) | | | |
| 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 | |
| Doświadczenie zawodowe w pracy NŚOZ ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Liczba dyżurów medycznych** | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * Poniżej 3 dyżurów w miesiącu (ile?)……... * 3-7 dyżurów w miesiącu ( ile ?) ………… * Powyżej 7 dyżurów w miesiącu ( ile?) ………… |  |
|  |
|  |

1. **Proponowane stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Zaproponowana cena za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| ………………zł | Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w dni robocze |  |
| ………………zł | Stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego w sobotę , niedziele i w dni ustawowo wolne od pracy |  |

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji lub karta specjalizacyjna * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * 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 * Aktualny wydruk z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U. z 2023 r. poz.1304), * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w NŚOZ * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego. * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego. | UWAGA: **Dotyczy oferentów prowadzących 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.