**AM.254.14.2023 Załącznik Nr 1 do SWKO**

**Formularz ofertowy**

1. **Informacje ogólne**

|  |
| --- |
| **Dane Oferenta** |
| Nazwa/nazwisko i imię……………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………… |
| Siedziba.................................................................................................................................... |
| Prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą……………………………………………. …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| NIP....................................................................REGON........................................................... |
| Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ....................................................................................................................................................................... |
| Nr prawa wykonywania zawodu............................................................................................... |
| PESEL ……………………………………………………………………………………….. |
| Stopień specjalizacji i rodzaj specjalizacji ................................................................................................................................................... |
| Nr dokumentu specjalizacji ....................................................................................................... |
| Adres do korespondencji ................................................................................................................................................... |
| Numer telefonu ……………………… e-mail……………………………………………….. |

**II. Proponowana kwota wynagrodzenia:**

1.Za realizację przedmiotu zamówienia, oferuję stawkę brutto w wysokości:

 ....................... zł ( słownie:…………………………) za 1 (jedną) godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych

2. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Piotrowicach w dni robocze, od poniedziałku do piątku, w godzinach pracy ośrodka, tj. między godz. 8.00 a 18.00, zgodnie z harmonogramem w następujących godzinach

i dniach tygodnia :

Poniedziałek ………………………………..

Wtorek ………………………………………

Środa ………………………………………..

Czwartek ……………………………………

Piątek ……………………………………….

3. Deklaruje realizację świadczeń w czasie i miejscu wykraczającym poza ustalony harmonogram - o ile taką potrzebę zgłosi udzielający zamówienia **TAK/NIE**\*) zaznaczyć właściwe

**III. Oświadczam, że**

1. Oświadczam, że załączony projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z SWKO oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.

3. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

4. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.

5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

6. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego Udzielającego Zamówienia.

7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

**Uwaga:** **W przypadku Oferenta, który posiada aktualną umowę na świadczenia zdrowotne
z SP ZOZ w Bychawie , składa on tylko te dokumenty, które uległy zmianie lub straciły na ważności**

**Załączniki (składane zakreślić):**

1. **Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej lub wydruk z innego właściwego rejestru – KRS**
2. **Kopie wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub wydruk księgi rejestrowej,**
3. **Kopie dokumentów dotyczących posiadanych kwalifikacji tj:**

**- Kopia dyplomu lekarza,**

**- Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza,**

 **- Dokumenty potwierdzające uzyskane specjalizacje, kursy specjalistyczne i kwalifikacyjne**

 **4) Oświadczenie , że Oferent nie jest wpisany do rejestrów określonych w ust.7 pkt.10,11,12**

1. **Kopię opłaconej polisy OC,**
2. **Aktualne orzeczenie lekarza Medycyny Pracy,**
3. **Orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych,**

 **8) Aktualne zaświadczenie o odbytym szkoleniu BHP**

 ……………………………………………

 Pieczęć i podpis Oferenta

…………………………………

 Miejscowość i data