**AM.254.17.2024 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 udzielania świadczeń zdrowotnych, proponuję stawkę brutto w wysokości:

1. **W ramach ordynacji dziennej:**

**stawka brutto ……….……zł (słownie: …………………….złotych 00/100) za 1 pełną godzinę**

**zegarową udzielania świadczeń zdrowotnych,**

1. **w ramach dyżuru:**

**stawka brutto ……….……zł (słownie: …………………….złotych 00/100) za 1 pełną godzinę zegarową udzielania świadczeń zdrowotnych,**

**\*( właściwe zaznaczyć)**

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

**III. Oświadczenia :**

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 oraz środków transportu i łączności 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 (oferenci w trakcie specjalizacji winni dołączyć do oferty dokument potwierdzający)**

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

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

……………………………………………

Pieczęć i podpis Oferenta

………………………………………

Miejscowość i data