



FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarzy w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej
na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**

Pełna nazwa oferenta:

.....
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

PESEL

Numer telefonu

Adres e-mail

Numer NIP

Numer REGON

Numer prawa wykonywania zawodu: (dołączyć kserokopię)

Numer wpisu do właściwego rejestru: (dołączyć kserokopię)

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
2. Niniejszym oświadczam, że:
 - a) zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
 - b) posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonywania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych – zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami,
 - c) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
 - d) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2/2a do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- e) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- f) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- g) posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

h) posiadam kwalifikacje:

Wykształcenie: (dołączyć kserokopię)

Specjalizacje: (dołączyć kserokopię)

Inne: (dołączyć kserokopię)

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

1. Świadczenie usług lekarskich w godzinach 8.00 – 8.00 (dyżur 24 h) w wysokości:

..... zł brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług w dni powszednie,

..... zł brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług w sobotę, niedzielę i święta,
w tym: opis badań TK, RTG, USG ze wszystkich Oddziałów Szpitalnych PCM Sp. z o.o.

Opis badań z Izby Przyjęć, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

..... zł brutto - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

..... zł brutto - opis badania RTG

..... zł brutto - wykonywanie i opis badań USG

..... zł brutto - opis badania trauma scan

Opis badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym

..... zł brutto - wykonanie i opis badania USG

..... zł brutto - opis badania RTG

..... zł brutto - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

Oferowane maksymalne zaangażowanie: godz. / miesiąc

2. Świadczenie usług lekarskich w godzinach 8.00 – 18.00 (dyżur 10 h) w wysokości:

..... zł/h brutto

Opis badań z Izby Przyjęć, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego

..... zł brutto - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

..... **zł brutto** - opis badania RTG

..... **zł brutto** - wykonywanie i opis badań USG

..... **zł brutto** - opis badania trauma scan

Opis badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym

..... **zł brutto** - wykonanie i opis badania USG

..... **zł brutto** - opis badania RTG

..... **zł brutto** - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

Oferowane maksymalne zaangażowanie: godz. / miesiąc

4. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem:

tak / nie (*niepotrzebne skreślić*).

5. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).

6. Posiadam – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (*należy wypełnić puste pole*).

.....

Podpis Oferenta



KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

w Pabianickim Centrum Medycznym Sp. z o.o.

ul. Jana Pawła II 68, 95-200 Pabianice

1. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym **na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej na rzecz pacjentów Pabianickiego Centrum Medycznego Sp. z o.o.**
2. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi organu nadzorczego tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
3. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....

Podpis Oferenta