

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na stanowisko Kierownika Oddziału Ginekologiczno-Położniczego  
oraz na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu usług lekarskich  
na rzecz pacjentów Oddziału Ginekologiczno-Położniczego  
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:
  - 1) 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,
  - 2) 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,
  - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,

- 4) 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,
- 5) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 6) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne,
- 7) 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.
- 8) posiadam kwalifikacje:
- Wykształcenie: ..... (dołączyć kserokopię)
- Specjalizacje: ..... (dołączyć kserokopię)
- Inne: ..... (dołączyć kserokopię)

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert:

Zakres udzielanych świadczeń	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa za godzinę udzielanych świadczeń
Kierowanie i zarządzanie oraz usługi lekarskie – Oddział Ginekologiczno-Położniczy	..... h	..... zł/h

4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia w zakresie:

w dni powszednie: w godzinach od 8:00 do 15:35

w dni powszednie: w godzinach od 8:00 do 15:35; dyżury w dni powszednie w godzinach od 15:35 do 8:00 następnego dnia oraz w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach 8:00-8:00 następnego dnia

(we właściwym polu  należy wpisać X)

5. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy we wskazanych dniach od poniedziałku do piątku:
- do czterech dni w tygodniu
  - pięć dni w tygodniu
- (we właściwym polu  należy wpisać X)*
6. Posiadam ..... – **letnie doświadczenie** w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania *(należy wypełnić puste pole)*

.....  
Podpis Oferenta