

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy specjalistów  
w zakresie alergologii 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:
  - 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, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

Zakres udzielanych świadczeń	Oferowana cena jednostkowa
Poradnia Alergologiczna	..... zł/h
Poradnia Alergologiczna dla dzieci	..... zł/h

**Zobowiązuję się w następujących godzinach i dniach tygodnia:**

Poniedziałek - w godzinach: od ..... do .....

Wtorek - w godzinach: od ..... do .....

Środa - w godzinach: od ..... do .....

Czwartek - w godzinach: od ..... do .....

Piątek - w godzinach: od ..... do .....

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. Zgłaszam gotowość do kompleksowego udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie ze Szczegółowym zakresem wykonywanych zadań w ramach przedmiotu zamówienia: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).

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

.....  
**Podpis Oferenta**