

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie położnictwa i ginekologii (leczenie szpitalne i ambulatoryjne)**

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/tem 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	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa	
			Dla lekarza b/specjalizacji lub I st.	Dla specjalisty lub lekarza z II st.
Usługi lekarskie w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym	500	.....	..... zł/h	..... zł/h

Zakres udzielanych świadczeń	Szacowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana liczba godzin w miesiącu	Oferowana cena jednostkowa	
			Dla lekarza b/specjalizacji lub z I st.	Dla specjalisty lub lekarza z II st.
Poradnia Ginekologiczno-Położnicza	150	.....	..... zł/h lub ..... % od wartości punktu przyznanego przez NFZ	..... zł/h lub ..... % od wartości punktu przyznanego przez NFZ

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 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 w zakresie **położnictwa i ginekologii (leczenie szpitalne i ambulatoryjne)** 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.

.....

**data i czytelny podpis Oferenta**