__Załącznik nr 2__ do szczegółowych
warunków konkursu ofert z dnia 22.03.2023 r.

FORMULARZ OFERTY
w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie

Imię i nazwisko/ Nazwa oferenta .....

nazwisko rodowe.....

Adres Oferenta.....

Imię ojca…… …. imię matki.....

nr telefonu ..... adres email:.....

NIP .....…….. REGON…….

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie, składam ofertę na udzielanie świadczeń:

Grupa /Pakiet	**Rodzaj udzielanych świadczeń**	**Kwota wynagrodzenia (zł) zgodna z grupą SWKO**
Grupa I Pakiet 2	Świadczenie usług lekarskich na **Oddziale Urologicznym**	…… stawka brutto wynagrodzenia miesięcznego (ryczałt)
	Świadczenie usług lekarskich w **Poradni Urologicznej**	…… **%** sumy wszystkich prawidłowo rozliczonych punktów według klasyfikacji JGP liczonych po złotówce każdy (1punkt - 1 zł) (*z wyłączeniem punktów wypracowanych przez lekarza realizującego poradę w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DiLO) oraz punktów wypracowanych przez lekarzy wyłonionych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych z grudnia 2022 r.)*
	dodatkowe wynagrodzenie za rozliczenie **karty DiLO**	……. **%** sumy punktów według klasyfikacji JGP liczonych po złotówce każdy (1 punkt – 1 zł) zrealizowanego (status „lekarza realizującego poradę”) przez przyjmującego zamówienie porad w ramach karty diagnostyki i leczenia onkologicznego (DILO)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią: ogłoszenia, szczegółowych warunków konkursu ofert oraz projektem umowy oraz nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę przy wykorzystaniu pomieszczeń, wyposażenia, aparatury i sprzętu medycznego, środków medycznych, środków transportu i łączności udostępnionych przez Udzielającego Zamówienia.

3. Oświadczam, że ze złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i czasie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
5. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej odpowiadającego warunkom obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonego w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity: Dz. U. z 2022, poz. 633 ze zm.) i zgodnego z przepisami wydanymi na jego podstawie oraz zobowiązuję się do utrzymywania aktualnego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.

…..... ….....
Podpis Oferenta lub osób uprawnionych

Tomasz Huber

Radca Prawny
KR-3009