__Załącznik nr 1__ do szczegółowych
warunków konkursu ofert z dnia 20.05.2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
imiona rodziców-	
PWZ	
Nazwa banku **Nr konta bankowego**	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście"	☐ wskazany rachunek figuruje na „Białej liście" ☐ wskazany rachunek **nie** figuruje na „Białej liście" – świadczenia zwolnione z VAT

II. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poniższych zakresach:

1. **Grupa I** Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w zakresie podstawowej ordynacji Szpitala w Oddziale Pediatrycznym, Poradni Pediatrycznej Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

2. **Grupa II** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dyżurów lekarskich w Oddziale Pediatrycznym Szpitala Specjalistycznego im. Stefana Żeromskiego SP ZOZ w Krakowie.

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej w tabeli należy wpisać proponowaną cenę brutto w polskich złotych.
Za realizacje poniższych świadczeń zdrowotnych oczekuję należności wynagrodzenia w wysokości :

Grupa I

Lp.	Nazwa Oddziału	Wymiar godzinowy oferty	Proponowana miesięczna cena brutto(w zł.)
1	Oddział Pediatryczny, Poradnia Pediatryczna	……	……

Grupa II

Lp.	Nazwa Oddziału	Proponowana cena jednostkowa brutto(w zł.) za 1 godzinę
1	Oddział Pediatryczny	dzień powszedni ……. soboty, niedziele i święta …….. dni świąteczne: Święta Wielkanocne tj. pierwszy i drugi dzień świąt, Wigilia, Święta Bożego Narodzenia tj. pierwszy i drugi dzień świąt, Nowy Rok. …….

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:
od 1 czerwca 2024 do 31 grudnia 2025 r.

V. MINIMALNA DEKLAROWANA LICZBA DNI W TYGODNIU/MIESIĄCU DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

1. Grupa I

minimalna liczba dni w tygodniu w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz. 7-15..... (co najmniej 1 raz w tygodniu).

2. Grupa II

minimalna liczba dni w miesiącu w których oferent będzie udzielał świadczeń ..... (co najmniej 1 raz w miesiącu).

VI. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza, że posiadł umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych Oddziale Pediatrycznym oraz Poradni Pediatrycznej Udzielającego Zamówienia zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu które będą wykonywane zgodnie z wymogami ustaw, zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz wewnętrznych przepisów Udzielającego Zamówienie w zakresie przedmiotowych świadczeń i tym samym iż **spełnia/ nie spełnia** [1] kryterium kompleksowości.

[1] należy wybrać właściwe

VII. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam*	Uzupełnię do dnia*
1	dyplom uczelni w języku polskim		
2	dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza,		
3	dyplom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia , karta specjalizacji		
4	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą		
5	wypis z CEIDG		
6	polisa OC		
7	dokumenty potwierdzające doświadczenie		
8	zaświadczenie o okresowym szkoleniu BHP		
9	zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udzielania świadczeń zdrowotnych		
10	orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych		
11	pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarciu umowy jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu konkursowym nie jest wskazana do jego reprezentowania we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej		

* WYJAŚNIENIE

- oznacza nie załączam

X - oznacza załączam

- oznacza zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

VIII. OŚWIADCZENIE

Oświadczam:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam iż w chwili składania oferty nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie mnie prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich nie jestem pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
14. Oświadczam iż nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

……. ……..

Data Podpis (imię i nazwisko) Oferenta