***Załącznik nr 1** do szczegółowych*
warunków konkursu ofert z dnia 1.07.2024 r.

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
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:

1. Przedmiotem konkursu jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:
   Świadczenia nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej udzielane przez podmiot o którym mowa w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 16 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023r. poz. 991 z dnia 2023.05.24) w warunkach ambulatoryjnych i w miejscu zamieszkania lub pobytu świadczeniobiorców na obszarze zabezpieczenia powyżej 50 tyś. dla Mieszkańców Miasta Krakowa i powiatu krakowskiego.

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej w tabeli należy wpisać proponowaną cenę brutto w polskich złotych.
Za realizację poniższych świadczeń zdrowotnych należne wynagrodzenie w wysokości :

Lp.	**Rodzaj świadczenia zdrowotnego**	Proponowany % wynagrodzenia rozliczonego i zapłaconego przez Oddział NFZ Szpitalowi
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Dziale Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej	….....%.

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:
od dnia 15 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2027 r.

V. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza że, osoby wskazane w załączniku nr 1do „Formularza Ofertowego" posiadają umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w medycznych komórkach organizacyjnych 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

VI. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów osób ujętych w załączniku nr 1 do formularza ofertowego:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam*	Uzupełnię do dnia*
1	dyplomy uczelni w języku polskim		
2	dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu		
3	dyplom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia , karta specjalizacji		
4	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą (dotyczy Oferenta)		
5	wypis z CEIDG lub KRS (dotyczy Oferenta)		
6	polisa OC		
7	dokumenty potwierdzające doświadczenie		
8	zaświadczenie lekarskie dopuszczające do udzielania świadczeń zdrowotnych		
9	pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu albo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarciu umowy jeżeli osoba reprezentująca Oferenta w postępowaniu konkursowym nie jest		

* WYJAŚNIENIE

– - oznacza nie załączam i zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

X - oznacza załączam

VII. OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2024, poz. 799).
2. Oświadczam, że osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego", które będą udzielać świadczeń zdrowotnych posiadają aktualne orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy i zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczeń o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie 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 podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
6. Osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego", które będą udzielać świadczeń zdrowotnych posiadają odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
7. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
8. 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.
9. Zobowiązuje się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
10. Zobowiązuję się, że osoby wskazane w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego", które będą udzielać świadczeń zdrowotnych odbędą wstępne szkolenie z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
11. Oświadczam iż w chwili składania oferty wobec osób wskazanych w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego", które będą udzielać świadczeń zdrowotnych nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie ich prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich żadna z tych osób nie jest pozbawiona prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
12. Oświadczam iż żadna z osób, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych wskazanych w załączniku nr 1 do „Formularza ofertowego" nie jest osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

……. **……..**

Data Podpis Oferent

Załącznik nr 1 do „Formularza ofertowego”

l.p.	Nazwisko i imię osoby udzielającej świadczeń zdrowotnych	imiona rodziców	Kwalifikacje zawodowe	Zgoda ma udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności oferenta (podpis osoby z kol. 2	Informacja dotycząca prowadzenia działalności gospodarczej