***………………………………. …...……., dnia ....... ...... 2023 r.***

(pieczęć firmowa)

### FORMULARZ OFERTY

**Dane Oferenta**

1. Imię i nazwisko / Nazwa\*: ………………………………………………………………………………
2. Miejsce zamieszkania / Siedziba\*: ………………………………………………………………………………
3. Numer PESEL / KRS\*.......................................
4. Numer NIP\*: ……………………………………….
5. Numer REGON\*: ………………………………….
6. Numer prawa wykonywania zawodu ...........................................................................................
7. Imię i nazwisko osoby reprezentującej Oferenta: ........................................................................................
8. Tel........................................ e-mail.................................................................

Oświadczam, że po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr 1/01/2023 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o. zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**\*Część 1 - Oddział Pediatrii w zakresie:** usługi lekarskie

**\*Część 2 -** **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii w zakresie:** usługi lekarskie

**\*Część 3 - Ratowniczy Transport Medyczny - usługi lekarskie dla lekarzy systemu** **w zakresie:** wyjazdowych zespołów ratownictwa medycznego typu „S”

**\*Część 4 - Farmaceuty w Aptece Szpitalnej**

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia oraz z Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, oraz że uzyskałem(am) wszystkie konieczne informacje do przygotowania niniejszej oferty.
2. Oświadczam, że akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy i w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do jej zawarcia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach najpóźniej w terminie do dnia rozpoczęcia realizacji świadczeń wynikających z umowy, kopii polisy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń w zakresie przedmiotu zamówienia na okres obowiązywania umowy, potwierdzającą zawarcie umowy obowiązkowego ubezpieczenia zgodnie z zasadami określonymi w art. 25 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r. albo umowy dobrowolnego ubezpieczenia, z rozszerzeniem na odpowiedzialność za szkodę spowodowaną zarażeniem wirusowym zapaleniem wątroby i wirusem HIV.
4. Oświadczam, że nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe, administracyjne, dyscyplinarne i inne w przedmiocie odpowiedzialności związanej z wykonywaniem zawodu.
5. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie\*.

*\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie)*

**Zastrzeżenie Oferenta**

Niżej wymienione dokumenty/część oferty nie mogą być ogólnie udostępnione:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uzasadnienie:**

………………………………………………………………………………………………

**Proponowana kwota należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych wynosi:**

**Część 1 - Oddział Pediatrii**

1. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie nie będące świętami w godzinach od 8.00 do 15.00;
2. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie nie będące świętami w godzinach od 15.00 do 8.00;
3. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty i niedziele w godzinach od 8.00 do 8.00;
4. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w pozostałe dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00.

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: ......................... (maksymalnie 300 godz.)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.02.2023r.

(max. 24 m-ce)

**Część 2 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**

1. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie nie będące świętami w godzinach od 8.00 do 15.00;
2. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie nie będące świętami w godzinach od 15.00 do 8.00;
3. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty i niedziele w godzinach od 8.00 do 8.00;
4. .………………… zł (słownie: \_\_\_\_\_) brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w pozostałe dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 8.00 do 8.00.

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: ......................... (maksymalnie 300 godz.)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.02.2023r.

(max. 24 m-ce)

**Część 3 - Ratowniczy Transport Medyczny - usługi lekarskie dla lekarzy systemu**

.……… zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: ....................... (maksymalnie 300h)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.02.2023r.

(max. 24 m-ce)

**Część 4 - Farmaceuty w Aptece Szpitalnej**

**............. zł brutto** za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych.

Proponowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu wynosi: ....................... (maksymalnie 160 h)

Proponowany czas trwania umowy wynosi ............................ miesięcy od dnia 01.01.2023r.

( min. 3 m-ce, max. 12 m-cy)

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)

Wykaz załączników:

1. .................

***Załącznik nr 2 do SWKO***

***........................, dnia ......... .......... 2023r.***

Pieczęć lub pełna nazwa i kompletny adres

z nr telefonu kontaktowego Oferenta

**OŚWIADCZENIE**

**o załącznikach**

  Oświadczam, że do oferty złożonej w Konkursie nr ***1/01/2023*** na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w komórkach organizacyjnych Szpitala Powiatu Bytowskiego Sp. z o.o., zgłaszam swoją ofertę na wykonywanie powyższych świadczeń zdrowotnych w zakresie:

***................................................................................................................................***

i **nie dołączam** do niej poniższych dokumentów:

1. dyplom lekarza,
2. prawo wykonywania zawodu
3. dyplom specjalisty/ dyplom specjalisty .... stopnia
4. NIP, REGON lub wydruk z CEiDG\*,
5. wpis do rejestru OIL/wpis do centralnego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą \*
6. wpis do KRS / ewidencji działalności gospodarczej – wydruk z CEiDG\*
7. polisa OC\*

ponieważ zostały złożone Udzielającemu Zamówienia w postępowaniu Nr **..................** dotyczącym świadczeń ***...............................................................................,***  a stwierdzony w nich stan prawny lub faktyczny nie uległ zmianie i pozostaje aktualny na dzień złożenia oferty.

Wnioskuję jednocześnie o wykorzystanie przez Udzielającego Zamówienia ww. dokumentów do celów przeprowadzenia postępowania konkursowego nr 1/01/2023 i zawarcia umowy.

W okresie obowiązywania umowy będę miał(a) zawartą umowę ubezpieczenia OC zgodnie z wymogami obowiązujących aktów prawnych oraz SWKO.

.......................................................................  
podpis osoby uprawnionej  
do reprezentowania oferenta

***Załącznik nr 1 do SWKO***

***Wykaz osób biorących udział w realizacji świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty konkursowej***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Imię i nazwisko** | **Nr prawa wykonywania zawodu** | **Nr PESEL** | **Tytuł**  **specjalisty\***  **(podać zakres i stopień)** | **W trakcie specjalizacji\***  **(podać zakres i termin zakończenia)** | **Staż pracy w zawodzie na stanowisku związanym z oferowanym zakresem usług** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

.................................................................

(podpis i pieczęć osoby reprezentującej Oferenta)