Załącznik nr 1 do Specyfikacji Szczegółowych Warunków Postępowania

**FORMULARZ OFERTOWY**

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie **anestezjologii   
i intensywnej terapii** dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła, ul. Wojska Polskiego 51.

# **Dane podmiotu składającego ofertę:**

Nazwa podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

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

Adres siedziby podmiotu udzielającego świadczeń zdrowotnych

…..…………………………………………………………………………………….....………………

NIP: …………………. REGON: …………………Nr księgi rejestrowej (RPWDL): ………………….

e-mail..................................................telefon do kontaktu.........................................................................

Nr rachunku bankowego: ...........................................................................................................................

# **Dane, posiadane kwalifikacje oraz doświadczenie zawodowe osoby/osób udzielającej/-ych świadczeń zdrowotnych w imieniu podmiotu składającego ofertę:**

# Imię, nazwisko i tytuł naukowy…………………………………………………………….…………….

***Kwalifikacje wymagane***

Nr PWZ: …………..….……wydane przez (określenie izby lekarskiej): ..……………….……………..

Specjalizacja ……………………………….......……………………...………………………………...

***Kwalifikacje dodatkowe***

Ukończone kursy…………………………………………………………………………………………

Dodatkowe umiejętności: ………………………………………….…………………………………….

Doświadczenie zawodowe, jako specjalista anestezjologii i intensywnej terapii: …………………. lat.

**Zakres i dostępność świadczeń**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła, ul. Wojska Polskiego 51.

Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń zdrowotnych ..................../ miesiąc.

**Oferta cenowa**

Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne, w zakresie anestezjologii   
i intensywnej terapii oczekuję wynagrodzenia ......................................................... zł (brutto)godz.

**Termin świadczenia usług**

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 01.05.2022r.   
do 31.12.2022r.

**Oświadczenia**

Świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń, niniejszym oświadczam, że:

1. zapoznałem/-am się z treścią specyfikacji oraz ogłoszenia o wszczęciu postępowania   
   na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie anestezjologii   
   i intensywnej terapii w  Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i  Administracji w Kielcach im. św. Jana Pawła II.
2. nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe,
3. spełniam wszystkie warunki konieczne do złożenia oferty,
4. nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki uniemożliwiające zawarcie ze mną przez Udzielającego Zamówienie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju i zakresie objętym niniejszym postępowaniem,
5. spełniam określone w  obowiązujących przepisach prawa warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.

Oświadczam, że przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuje się do zawarcia umowy i udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie na warunkach, o których mowa   
w obowiązujących przepisach prawa i dokumentach dotyczących niniejszego postępowania.

Oświadczam, że na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania, wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszej ofercie i załącznikach do oferty oraz zobowiązuję się   
do wykonywania obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.

Kielce, dnia ........................................... ............................................

podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO:

* 1. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia prawa wykonywania zawodu podmiotu będącego osobą fizyczną lub osoby udzielającej świadczeń w imieniu podmiotu nie będącego osobą fizyczną;
  2. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje, w tym m.in. uzyskanie specjalizacji;
  3. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
  4. Aktualny odpis z Księgi Rejestrowej potwierdzającej wpis do rejestru indywidualnych lub grupowych specjalistycznych praktyk lekarskich albo podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
  5. Potwierdzona za zgodność z oryginałem kserokopia aktualnej polisy potwierdzającej zawarcie ubezpieczenia zgodnego z rozporządzeniem Ministra Finansów z  dnia 29 kwietnia 2019 r.   
     w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.