

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków

Świnoujście, dnia

Pieczęć oferenta

**Szpital Miejski im. Jana Garduły
w Świnoujściu sp. z o.o.
ul. Mieszka I 7
72-600 Świnoujście**

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

- 1) Nazwa Oferenta¹
.....
- 2) Siedziba Oferenta²
.....
- 3) Nazwisko
- 4) Imiona
- 5) Adres zamieszkania
- 6) Nazwa działalności gospodarczej
- 7) Siedziba działalności gospodarczej (adres)
- 8) Nr wpisu do rejestru właściwego wojewody³
- 9) Nr i miejsce wpisu w ewidencji działalności gospodarczej/lub KRS⁴
- 10) nr tel./fax.
- 11) Adres e-mail
- 12) NIP
- 13) Regon⁵.....

¹ dot. tylko podmiotu leczniczego

² dot. tylko podmiotu leczniczego

³ dot. tylko podmiotu leczniczego

⁴ dot. tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą

⁵ dot. tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM OFERTY

- 1) Rodzaj świadczeń
- 2) Zakres świadczeń

3. OPIS KOMPETENCJI:

1) W przypadku gdy oferentem jest podmiot leczniczy:
Lista imienna techników RTG, którzy wykonywać będą w imieniu oferenta (podmiotu leczniczego) świadczenia zdrowotne w Szpitalu wraz ze wskazaniem ich tytułów zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu, certyfikatów lub dyplomów potwierdzających nabycie przez techników RTG dodatkowych umiejętności:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)

2) W przypadku gdy oferentem jest technik RTG:

- 1) Tytuł zawodowy
- 2) Nr prawa wykonywania zawodu
- 3) Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/szkoły.....
- 4) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem)

4. HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWĄ:

- 1) ilość dni i godzin pracy w tygodniu :
.....

5. OFERTĘ CENOWĄ:

- 1) rodzaj jednostki rozliczeniowej
- 2) wynagrodzenie brutto za godzinę.....
- 3) uzasadnienie wzrostu stawki⁶:.....
.....
.....

6. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:

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

⁶ Dla oferentów świadczących dotychczas usługi w przypadku zwiększenia stawki w stosunku do otrzymywanej dotychczas

7. WNOSZĘ O WPISANIE DO UMOWY NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:

.....

8. OFERENT OŚWIADCZA:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o.;
- 2) będę wykonywał świadczenia objęte umową z Szpitalem Miejskim im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o. w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury Szpitala,
- 3) posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą;
- 4) posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy OC do dnia zawarcia umowy*;
- 5) dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
- 6) w przypadku akceptacji złożonej przeze mnie oferty i ewentualnie po przeprowadzonych negocjacjach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, w tym szczegółowym opisie przedmiotu postępowania w miejscu i terminie określonym przez Szpital.

9. DO FORMULARZA OFERTOWEGO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ**:

- 1) kopie dokumentów potwierdzających kompetencje oferenta/lekarzy wykonujących świadczenia w imieniu oferenta tj.:
 - a) dyplom ukończenia studiów
 - b) prawo wykonywania zawodu
 - c) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje)
- 2) kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta⁷:
 - a) wypis z rejestru podmiotów leczniczych,
 - b) zaświadczenie o dokonaniu wpisu do ewidencji działalności gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego;
- 3) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon⁸;
- 4) zaświadczenie o nadaniu numeru NIP;
- 5) oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną notarialnie w przypadku o którym mowa w § 5 ust. 5 Szczegółowych warunków.

podpis oferenta

*zaznaczyć właściwe

** w przypadku, gdy wymagane dokumenty znajdują się w posiadaniu Szpitala Oferent załącza oświadczenie o treści jak w załączniku nr 5

⁷ dot. tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą,

⁸ dot. tylko podmiotów prowadzących działalność gospodarczą.

Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków

OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o. OFERTA: Konkurs ofert 2020 (rok) (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert)
(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem)
(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)
(oferent – pieczęć, podpis, data)

Załącznik nr 3 do Szczegółowych warunków

**POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/
WYCOFANIA OFERTY**

Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o.	
OFERTA: Konkurs ofert 2020 (rok)	
..... (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert)	
(pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem)	
(adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem)	
(data złożenia oferty: dd.mm.rrrr)	(numer z rejestru ofert)
Szpital Miejski im. Jana Garduły w Świnoujściu sp. z o.o. - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data)	

Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków

.....
Pieczęć Oferenta

OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że dokumenty wyszczególnione w pkt.9 ust. 1-4 formularza ofertowego nie uległy zmianie i są w posiadaniu Szpitala.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis)