Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Szamotułach
ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły

Załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu na świadczenia zdrowotne

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane Oferenta

Imię i nazwisko	
Nazwa podmiotu / praktyki zawodowej	
Adres	
REGON	
NIP	
Telefon	
E-mail	

II. Kwalifikacje zawodowe

Posiadane kwalifikacje zawodowe, specjalizacja oraz inne uprawnienia istotne dla realizacji przedmiotu zamówienia:

……
……
……
……

Staż pracy w zawodzie : ……

III. Warunki oferty

III. Zakres i warunki oferty

1. Oferent może złożyć ofertę na jeden, dwa albo wszystkie trzy zakresy. Zaznaczyć wybrane zakresy i podać cenę brutto za wykonanie jednego badania (obejmującą wykonanie, interpretację, opis i dokumentację wyniku).

Zakres świadczeń	Cena brutto za 1 badanie (zł)
1. USG Doppler żył kończyn dolnych	.....
2. USG Doppler tętnic kończyn dolnych	.....
3. USG Doppler tętnic domózgowych	.....

2. **Dostępność – deklarowana częstotliwość wykonywania badań** (zaznaczyć x przy wyborze)

co najmniej 3 dni w tygodniu – ☐ 1–2 dni w tygodniu – ☐ mniej niż 1 dzień w tygodniu – ☐

3. **Ciągłość – deklarowana zdolność do regularnego wykonywania badań w danej części przez cały okres obowiązywania umowy** (zaznaczyć x przy wyborze):

w stałych, uzgodnionych terminach – ☐ w terminach ustalanych okresowo – ☐

brak deklaracji zapewnienia ciągłości w wymaganym okresie – ☐

Samodzielny Publiczny Zakład
Opieki Zdrowotnej w Szamotułach
ul. Sukiennicza 13, 64-500 Szamotuły

Szczegółowe dni i godziny udzielania świadczeń zostaną ustalone pomiędzy Stronami przed rozpoczęciem realizacji umowy, z uwzględnieniem potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia oraz deklarowanej dostępności Oferenta.

IV. Dokumenty składane wraz z ofertą

1. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej albo inny właściwy dokument potwierdzający prowadzenie działalności - jeżeli dotyczy.

2. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i uprawnienia niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia, w szczególności prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji - jeżeli jest wymagana - oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje wskazane w ofercie.

3. Dokument potwierdzający posiadanie aktualnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej albo oświadczenie Oferenta o zobowiązaniu się do zawarcia wymaganego ubezpieczenia najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.

4. Aktualne orzeczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do wykonywania świadczeń objętych umową. Dokument może zostać dostarczony najpóźniej przed rozpoczęciem udzielania świadczeń.

5. Inne dokumenty wymagane zgodnie z Regulaminem konkursu.

V. Oświadczenia Oferenta

Oświadczam, że:

1. zapoznałem/am się z warunkami konkursu oraz Regulaminem konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;

2. posiadam kwalifikacje oraz uprawnienia niezbędne do prawidłowej realizacji świadczeń objętych ofertą;

3. wszystkie dane zawarte w formularzu ofertowym są zgodne ze stanem faktycznym;

4. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w dokumentacji konkursowej;

5. zobowiązuję się do niezwłocznego informowania Udzielającego zamówienia o zmianie danych lub okoliczności mających wpływ na realizację umowy.

W przypadku Oferenta, który wcześniej udzielał świadczeń na rzecz Udzielającego zamówienia:

Oświadczam, że dokumenty potwierdzające moje kwalifikacje zawodowe oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone Udzielającemu zamówienia są nadal aktualne, a dane w nich zawarte nie uległy zmianie”.

Miejscowość i data:

..... Podpis Oferenta: .....

VI. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w ofercie w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia postępowania konkursowego oraz zawarcia i realizacji umowy, zgodnie z obowiązującymi przepisami dotyczącymi ochrony danych osobowych.

Podpis Oferenta: .....