**Załącznik nr 1 do Regulaminu konkursu – usługi lekarskie - budynek B**

Konkursu na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii medycznej Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” usługi lekarskie.

**FORMULARZ OFERTY:**

Oferta zawiera …………. kolejno ponumerowanych i zapisanych stron.

1. **Dane o oferencie:**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego lub osoby legitymującej się wymaganymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny objętych prowadzonym postępowaniem:

……………………….………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

oraz numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą ……………………………….................................

NIP: …………………………….. Regon: ……………………………

|  |
| --- |
| 1. **Doświadczenie Oferenta** w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii medycznej *(proszę podać miejsca świadczenia usług medycznych, ich rodzaj i okres świadczenia usług medycznych w każdym z wymienionych miejsc w latach i miesiącach)*   *…………………………………………………………………………………………………………….*  *…………………………………………………………………………………………………………….*   1. Proponowana stawka:   ……………zł stawka za pełną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych lekarskich w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez Kierownika Kliniki Anestezjologii i Intensywnej Terapii Medycznej.   1. **Oświadczenia oferenta:** 2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” oraz z Zarządzeniem Nr 33/2022 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 12.05.2022r. 3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i go akceptuję, 4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty, 5. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną, 6. Oświadczam, że prowadzę działalność leczniczą, której rodzaj oraz zakres świadczeń zdrowotnych jest zgodny z przedmiotem zamówienia, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, 7. Oświadczam, że oferent i osoby świadczące w moim imieniu świadczenia zdrowotne posiadają ubezpieczenie zgodnie z obowiązującymi przepisami. 8. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie ICZMP i nie zgłaszam do nich uwag. 9. Oświadczam, że/że osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia podczas obowiązywania umowy nie będę/nie będzie/nie będą pozostawał/pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem postępowania. 10. Oświadczam, że posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją wykształcenie wyższe medyczne. 11. Oświadczam, że posiadam/Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych – potwierdzające spełnienie warunku, o którym mowa w regulaminie konkursu ofert. 12. Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości ………........... liczby godzin. (**należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie minimum 60 godzin zgodnie Regulaminem**). 13. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, 14. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, 15. Zobowiązuję się do rozwiązania stosunku pracy z Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, ze skutkiem rozwiązującym na dzień poprzedzający termin podpisania umowy (jeśli dotyczy).   Łódź; dnia …………………………….    *…………………………. (podpis Oferenta)*  (Podpis oferenta lub osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta i pieczątka oferenta) |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 1. **Spis załączników**  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty**  **(zaznaczyć „x”)** | | | **TAK** | **NIE** | | 1. | Dokument potwierdzający posiadanie prawa wykonywania zawodu lekarza lub Wykaz personelu |  |  | | 2. | Dokument potwierdzający posiadanie specjalizacji w zakresie Anestezjologii i Intensywnej Terapii lub Wykaz personelu |  |  | | 3. | Formularz ofertowy (załącznik nr 2 do Ogłoszenia) |  |  | | 4. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3a do Ogłoszenia) - dotyczy osób fizycznych, jednoosobowych praktyk lekarskich oraz osób wyznaczonych przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w przypadku grupowych praktyk lekarskich |  |  | | 5. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 3b do Ogłoszenia) - dotyczy wyłącznie podmiotów leczniczych |  |  | | 6. | Wydruk z ewidencji CEIDG (Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej) lub odpis z właściwego rejestru KRS (Krajowy Rejestr Sądowy) |  |  | | 7. | Wydruk z RPWDL (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) |  |  | | 8. | Aktualna polisa OC |  |  | | 9. | dokument potwierdzający REGON |  |  | | 9. | dokument potwierdzający NIP |  |  | | 9. | Inne – wymienić jakie:  ………………………………….  …………………………………. |  |  |     .…………………., dnia ……………………… …………………………… (podpis Oferenta) |  |