**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

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

**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 (praktyki zawodowe)

……………………….………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

……………………….………………………………………………………………………

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:   Pakiet 1  …………………….zł (brutto) stawka za pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem.  Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości ………........... liczby godzin. (**należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie z przedziału godzin zgodnie Regulaminem**)  **UWAGA!!!**   1. **brak wskazania konkretnej ilości stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty** 2. **wskazanie ilości w postaci przedziału stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty.**   Pakiet 2  …………………….zł (brutto) stawka za pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem.  Pakiet 3  …………………….zł (brutto) stawka za pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem.  Pakiet 4  …………………….zł (brutto) stawka za pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem.   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 44/2022 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 03.06.2022r. 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. 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, 13. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, 14. 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). 15. **DOTYCZY WYŁĄCZNIE Pakietu 4** – ***w przypadku innych pakietów skreślić*** - Oświadczam, że posiadam/ Osoba/y wyznaczona/e do realizacji przedmiotu zamówienia posiada/ją doświadczenie w pracy w zespole urazowym.   Łódź; dnia …………………………….  *…………………………. (podpis Oferenta)* |

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