**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: *(wybrać odpowiednie Pakiety lub Pakiet)*   Pakiet 1  …………………….zł (brutto) stawka za pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem.  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  Pakiet 5  …………………….zł (brutto) stawka za pierwszą pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem (zabiegu).  (w przypadku oferty składanej przez lekarza z co najmniej 2 letnim szkoleniem w ramach specjalizacji w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, posiadającym pisemną zgodę kierownika specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych – lekarz ten winien wstawić stawkę odpowiednią dla lekarza posiadającego specjalizację, natomiast do chwili doręczenia Udzielającemu zamówienia dokumentu potwierdzającego nabycie uprawnień specjalizacyjnych wynagrodzenie będzie wynosił 75 % stawki ofertowej).  Deklaruję średnio co miesiąc możliwość realizacji przedmiotu zamówienia w wysokości ………........... liczby godzin. (**należy wskazać deklarowaną średnią liczbę godzin miesięcznie zgodnie Regulaminem**)  **UWAGA!!!**  **brak wskazania konkretnej ilości stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty**   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 17 /2024 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 20.02.2024r. 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 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. 7. Oświadczam, że podczas obowiązywania umowy nie będę pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem postępowania. 8. Oświadczam, że posiadam wykształcenie i kwalifikacje zgodne z Regulaminem. 9. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych 10. 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, 11. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 7 dni od daty ogłoszenia zawiadomienia o zakończeniu konkursu i jego wyniku, 12. Zobowiązuję się do rozwiązania stosunku pracy lub innego z Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, ze skutkiem rozwiązującym na dzień poprzedzający termin rozpoczęcia udzielania świadczeń umowy (jeśli dotyczy).   Łódź; dnia ………………………………..  *…………………………. (podpis Oferenta)* |
|  |