**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ W KLINICE GASTROENTEROLOGII, ALERGOLOGII I PEDIATRII I/LUB KLINICE GASTROENTEROLOGII, ALERGOLOGII I PEDIATRII W

 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 gastroenterologii *(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 I* 1. …………… zł. za godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych w Klinice Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii w zakresie leczenia szpitalnego zgodnie z harmonogramem zatwierdzonym przez kierownika Kliniki Gastroenterologii, Alergologii i Pediatrii.

PAKIET II

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| 1. …………... zł za wykonywanie jednego badania gastroskopii;
2. …………... zł za wykonywanie jednego badania kolonoskopii diagnostycznej;
3. …………... zł za wykonywanie jednego badania kolonoskopii z biopsją;
4. …………... zł za wykonywanie jednego badania kolonoskopii z polipektomią.
 |

 |

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 21/2024 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 26.03.2024r.
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)* |
|  |