**Załącznik nr 1 do Regulaminu**

Konkursu na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii medycznej, medycyny ratunkowej i/lub pediatrii - usługi lekarskie w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” w Łodzi 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 anestezjologii i intensywnej terapii *(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.  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**  Pakiet 2  …………………….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 zgodnie Regulaminem**)  **UWAGA!!!**  **brak wskazania konkretnej ilości stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty**  Pakiet 3  …………………….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 zgodnie Regulaminem**)  **UWAGA!!!**  **brak wskazania konkretnej ilości stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty**  Pakiet 4  …………………….zł (brutto) stawka za pierwszą pełną godz. udzielania świadczeń medycznych w miejscu udzielania świadczeń objętych postępowaniem ( S*tawka za pierwszą pełną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych danego zabiegu, za każdą pełną następną godzinę 60% stawki danego zabiegu. W przypadku udzielania świadczeń w niepełnych godzinach wynagrodzenia będzie należne proporcjonalnie do danej stawki i 60 minut danej godziny).*  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**  Pakiet 5  …………………….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 zgodnie Regulaminem**)  **UWAGA!!!**  **brak wskazania konkretnej ilości stanowi błąd formalny skutkujący odrzuceniem oferty**  UWAGA !!!  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.   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 80/2025 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 25.08.2025 r. 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 konkursu. 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 15 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu, 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). 13. Zobowiązuje się do przedłożenia oświadczeń, informacji oraz zaświadczeń o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego o których mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2023.1304 t.j.) najpóźniej do dnia podpisania umowy.   Łódź; dnia ………………………………..  *…………………………. (podpis Oferenta)* |

1. **Wykaz załączonych dokumentów:**
2. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków konkursu oraz oświadczenie oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy, zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty;
3. Wypis z rejestru, o którym mowa w art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
4. Wypis z właściwego rejestru (wydruk z KRS lub CEiDG), wystawione nie wcześniej niż na trzy miesiące przed terminem składania ofert,
5. Kopię dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych;
6. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzana przez pełnomocnika;
7. Kopia umowy ubezpieczenia lub zobowiązanie do przedstawienia kopii umowy ubezpieczenia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia medycznego;
8. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych, jeśli dotyczy;
9. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konkursu, przy zachowaniu jawności postępowania konkursowego i wyniku konkursu (Załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu).
10. W przypadku lekarza posiadającego co najmniej 2 letnie szkolenie w ramach specjalizacji - pisemna zgoda kierownika specjalizacji na pełnienie samodzielnych dyżurów medycznych.

Łódź, dnia ……………. …………………………………..

Podpis Oferenta lub osoby uprawnionej

do reprezentowania Oferenta i pieczątka Oferenta