Załącznik Nr I do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków konkursu Ofert

**OFERTA**

**o konkursie ofert na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie zabiegów endoskopowych w Pracowni Endoskopowej i poradni gastroenterologicznej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Puławach, z jednoczesnym pełnieniem funkcji lekarza koordynującego.**

1. Niniejszy formularz traktowany jest jako wzór i winien być wypełniony, podpisany i opieczętowany przez Oferenta.
2. Oferent winien podać wszystkie dane wymagane w niniejszym formularzu oferty poprzez wypełnienie rubryk. Oferent powinien ponadto załączyć do niniejszej oferty wszystkie załączniki o których mowa w MIiSZWKO.
3. Dokumenty w postaci kserokopii winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem, przez Oferenta lub osobę uprawnioną do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta opatrzone datą.
4. Każda strona składająca się na ofertę winna być parafowana przez Oferenta.

**DANE O OFERENCIE:**

* 1. Pełna nazwa Firma Oferenta

………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………….

* 1. Siedziba i adres Oferenta

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

* 1. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i oznaczenie organu dokonującego wpisu Oferenta………………………………………………………

NIP …………………………………… REGON………………………………….

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza OFERENTA………………………… wydane przez………………………………………………………………………

* 1. Minimalna liczba osób, którzy będą wykonywać przedmiot konkursu ofert……………………
	2. Telefon kontaktowy…………………………………………………………………….
	3. Adres e-\_mail …………………………………………………
	4. Kwalifikacje zawodowe OFERENTA:

………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

* 1. OFERTA cenowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | **nazwa świadczenia zdrowotnego** | **cena jednostkowa badania- to jest w zł**  |
| a | gastroskopia diagnostyczna |  |
| b | gastroskopia z biopsją  |  |
| c | gastroskopia z biopsją ( 2 wycinki) |  |
| d | kolonoskopia diagnostyczna |  |
| e | kolonoskopia diagnostyczna z biopsją |  |
| f | kolonoskopia z polipektomią z badaniem hist-pat |  |
| g | diagnostyczne i małe zabiegi przewodu pokarmowego F04 |  |
| h | zabiegi lecznicze żoładka i dwunastnicy F13 |  |
| i | średnie i endoskopowe zabiegi przewodu pokarmowego F34 |  |
| j | duże i endoskopowe lecznicze zabiegi w krwawieniach z przeodu pokarmowego F62 |  |
| k | średnie zabiegi odbytu F93 |  |
| l |  F03średnie i endoskopowe zabiegi przełyku |  |
| ł | kolonoskopia diagnostyczna z wycinkami z polipektomią poza JGP pacjenci oddziałów szpitalnych  |  |
| m | gastroskopia poza JGP dla pacjentów oddziałów szpitalnych |  |
| n | Świadczenia AOS w poradni gastroenterologicznej proszę podać cena za pkt . |  |
|  |  |  |
| **2** | Stała ordynacja miesięczna za koordynowanie świadczeń zdrowotnych w Pracowni Endoskopowej  |  |

* 1. Do niniejszej oferty załączam:
1. Kserokopia zaświadczenia wydanego przez Okręgową Izbę Lekarską o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. Wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Kserokopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
4. Kserokopia dyplomu ukończenia Akademii Medycznej.
5. Kserokopia dyplomów posiadanych specjalizacji, kursów, szkoleń.
6. Polisa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.
7. Zaświadczenie potwierdzające umiejętności wykonywania zabiegów z zakresu endoskopii.
8. Kopię orzeczenia lekarskiego potwierdzającego zdolność do pracy.

 data, pieczęć i podpis OFERENTA

 ……………………………………

Załącznik nr 1 do Oferty

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

**Oświadczam, że:**

1. Zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia oraz Materiałami Informacyjnymi i Szczegółowymi Warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Posiadam wszystkie informacje konieczne do złożenia pełnej i ostatecznej oferty konkursowej.
3. Uważam się związany/związana ofertą na okres 30 dni licząc od dnia upływu terminu składania ofert.
4. Nie wnoszę zastrzeżeń co do zapisów umowy przedstawionej jako załącznik do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków konkursu ofert) i zobowiązuję się do jej podpisania w przedstawionej formie, jeżeli moja oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą.
5. Wszystkie złożone przeze mnie dokumenty lub ich kopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Nie wnoszę żadnych zastrzeżeń co do składu Komisji Konkursowej.
7. W ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę/będę świadczył usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się/będę się rozliczał z Urzędem Skarbowym i ZUS.
8. Posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z wymogami określonymi przez Udzielającego zamówienia.
9. Kserokopie załączonych dokumentów zostały przygotowane zgodnie z wymogami określonymi przez Udzielającego zamówienia w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach konkursu ofert.

**Zobowiązuję się do:**

1. Wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu ofert przy wykorzystaniu: pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
2. Udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z: potrzebami Udzielającego zamówienie, z harmonogramem ustalonym z Udzielającym zamówienia,

**Ponadto oświadczam ,że:**

1) spełniam wymogi określone przepisami prawa, określone w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz określone przez NFZ,

2) nie jestem zawieszona/y ani ograniczona/y w prawie wykonywania zawodu, nie byłam/ byłem karany/a za przestępstwo ani inne czyny, a także nie byłam/byłem karany za czyny pozostające w związku z wykonywanym zawodem.

data, pieczęć i podpis OFERENTA

**Klauzula informacyjna dla Oferenta**

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, dalej jako Rozporządzenie) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Puławach ul. Bema 1,24-100 Puławy

2) kontakt z Inspektorem Ochrony Danych – odo@szpitalpulawy.pl

3) Pani/Pana dane przetwarzane będą dla potrzeb aktualnego konkursu ofert na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 roku

4) odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą osoby fizyczne lub prawne, organy publiczne lub inne podmioty, którym administrator je ujawnia do celów wynikających w związku z prawnie uzasadnionymi interesami realizowanymi przez administratora.

5) Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres konkursu ofert, w pozostałych przypadkach do ustania przyczyn biznesowych oraz do momentu odwołania zgody

6) posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, prawo do ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przenoszenia danych, prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie

7) ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego

Data i Podpis OFERENTA