

Załącznik nr 1 do umowy

.....  
(pieczęćka oferenta)

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w konkursie na wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie**  
**gastroskopii i kolonoskopii udzielanych w trybie ambulatoryjnym**  
**przez lekarzy specjalistów w Pracowni Endoskopii**

Zamawiający:  
Szpital Pomnik Chrztu Polski

ul. Św. Jana 9  
62-200 Gniezno

**1. DANE OFERENTA:**

1. Pełna nazwa Oferenta: .....  
.....
2. Adres: .....
3. Numer telefonu: .....  
adres e-mail: .....
4. Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:  
.....  
.....

**2. PRZEDMIOT OFERTY:**

1. Wykonywanie badań diagnostycznych w zakresie gastroskopii i kolonoskopii udzielanych w trybie ambulatoryjnym przez lekarzy specjalistów w **Pracowni Endoskopii Szpitala Pomnik Chrztu Polski.**
2. Kwalifikacje zawodowe:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3. Oferowana dostępność – dotyczy badań diagnostycznych w zakresie gastrokopii\*:**

Dzień tygodnia	Dostępność – liczba godzin w danym przedziale**	
	od 7:30 do 14:00	od 14:00 do 20:00
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

**Oferowana dostępność – dotyczy badań diagnostycznych w zakresie kolonoskopii\*:**

Dzień tygodnia	Dostępność – liczba godzin w danym przedziale**	
	od 7:30 do 14:00	od 14:00 do 20:00
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

*\*\* jeżeli wykonawca nie oferuje w danym dniu lub przedziale jakichkolwiek godzin, puste komórki proszę przekreślić*

*\* w przypadku nieskładania oferty w danym zakresie przekreślić całą tabelę*

**Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu w zakresie gastrokopii: .....**

**Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu w zakresie kolonoskopii: .....**

**4. Proponowana cena za udzielanie świadczeń zdrowotnych, na rzecz pacjentów  
Udzielającego zamówienia, w Pracowni Endoskopii przez lekarzy specjalistów.**

.....% ceny świadczenia ustalonej przez NFZ za udzielone  
świadczenia w okresie rozliczeniowym- w zakresie gastrokopii.

.....% ceny świadczenia ustalonej przez NFZ za udzielone  
świadczenia w okresie rozliczeniowym- w zakresie kolonoskopii.

**5. Oświadczenia\***

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych i przebywania w miejscu udzielania świadczeń w dniach i godzinach wskazanych w formularzu ofertowym.
2. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na zasadach określonych w SWKO.
3. Uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.
4. Oświadczam, że:
  - a) zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz treścią wzoru umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
  - b) posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu zamówienia,
  - c) potwierdzam spełnienie obowiązku informacyjnego przez Zamawiającego w zakresie przetwarzania moich danych osobowych,
  - d) zostałem(am)/ zaszczepiony(a) przeciw WZW,
  - e) posiadam aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu,
  - f) posiadam aktualne zaświadczenie o przeszkoleniu bhp na stanowiskach medycznych,
  - g) wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
  - h) w chwili obecnej nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu; o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej powiadomię Zamawiającego niezwłocznie w formie pisemnej.
  - i) **moje doświadczenie zawodowe (wykonywania zawodu) w przedmiocie konkursu wynosi .....lat\*\***,

- j) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w formularzu ofertowym oraz dołączonych załącznikach przez Szpital Pomnik Chrztu Polski na potrzeby przeprowadzenia i rozstrzygnięcia postępowania konkursowego dotyczącego udzielania świadczeń zdrowotnych.

**\* dotyczy wszystkich lekarzy udzielających świadczeń w imieniu Oferenta według wykazu**

**\*\* w przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy okres doświadczenia przyjmowany będzie jako średnia arytmetyczna okresów doświadczenia wszystkich lekarzy przedstawionych przez Oferenta w wykazie**

5. W przypadku złożenia oferty przez podmiot leczniczy należy złożyć oświadczenie wskazujące, czy nie toczy się postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej związane z wykonywaniem zawodu, przez poszczególnych lekarzy, którzy będą udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tego podmiotu, o ewentualnej utracie uprawnień lub wszczęciu postępowania w sprawie, o której mowa powyżej Zamawiający zostanie niezwłocznie powiadomiony w formie pisemnej.

.....  
(data i podpis składającego oświadczenia)

Do ofert załączam dokumenty, o których mowa w SWKO:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....

Data:.....

.....  
Pieczęć i podpis oferenta