

**FORMULARZ OFERTOWY
Z KRYTERIAMI OCENY PUNKTOWEJ**

(Warunki lokalowe, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności zapewnia
Udzielający zamówienia)

DANE OFERENTA:

Imię i Nazwisko:.....

Nazwa, siedziba i adres prowadzenia działalności gospodarczej (zgodnie z CEIDG):

.....

.....

Telefon: e-mail :

NIP: REGON:

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarza w Samodzielnym Publicznym Zespole Zakładów Opieki
Zdrowotnej w Nisku, 37-400 Nisko ul. Kościuszki 1 w zakresie (*właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

Lp.	Zakres, na który jest składana oferta	Proponowane wynagrodzenie		Oferowana liczba godzin świadczenia usług w przedziale od min-do max w ramach normalnej pracy miesięcznie/albo jeśli oferta składana jest wyłącznie na dyżury – w ramach oferowanej miesięcznej liczby godzin dyspozycyjności
1.	2.	3.		4.
1.	Świadczenie usług zdrowotnych w: <input type="checkbox"/> Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii <input type="checkbox"/> Oddziale Ginekologiczno-Położniczym - praca w godz. 7.00 -15.00, - dyżury 15.00-7.00 dnia następnego w dni robocze, 7.00.-7.00 dnia następnego w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta), - dyżury pod telefonem, - wezwanie na telefon	Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę w dni robocze (pon.-pt.) świadczenia usług zł/1 godz.	Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę dyżuru pod telefonem zł/1 godz.godz.
		Wynagrodzenie - stawka za 1 godzinę w dni wolne od pracy (soboty, niedziele i święta) świadczenia usług zł/1 godz.		
2.	Świadczenie usług zdrowotnych w Poradni Ginekologicznej zł / 1 punkt		
3.	Dodatek za pełnienie funkcji lekarza kierującego Oddziałem zł		

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałam/-em się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżeń.
- 2) Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wymagane Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, w tym Prawo

Wykonywania Zawodu bez ograniczeń (jeśli dotyczy), które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty (kserokopie) oraz wpis do odpowiedniego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zaświadczenie/wyciąg/wydruk z systemu z aktualnej księgi rejestrowej) - (jeśli dotyczy).

3) Posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi, niezbędną wiedzę i doświadczenie, oraz pozostaję w sytuacji zapewniającej należyte wykonanie zamówienia.

4) Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.

5) Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.

6) Zobowiązuję się do pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach wyznaczonych przez Udzielającego zamówienia.

7) Posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy najpóźniej w terminie podpisania umowy**.

8) Samodzielnie rozliczam się z urzędem skarbowym i ZUS-em.

9) Zgłosiłam/-em swoją działalność gospodarczą w Zakładzie Ubezpieczeń Społecznych celem rozliczenia z tytułu ubezpieczenia społecznego oraz ubezpieczenia zdrowotnego.

10) Zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii dokumentu potwierdzającego ukończenie kurs BHP oraz stosownych zaświadczeń lekarskich.

11) Oświadczam, że nie byłam/-em karana/-y za przewinienia/przestępstwa umyślne.

12) Oświadczam, że w SPZZOZ w Nisku świadczę pracę/nie świadczę pracy**) na podstawie stosunku pracy lub umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu. W przypadku pozostawania w zatrudnieniu na podstawie stosunku pracy lub udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnoprawnej w zakresie pokrywającym się z przedmiotem konkursu, oświadczam, że z chwilą podpisania umowy o świadczenie usług zdrowotnych złożę wniosek o rozwiązanie łączącej mnie z SPZZOZ w Nisku umowy za porozumieniem stron.

13) Przyjmuję do wiadomości, że Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy o 25% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego Zamówienia, w tym rozszerzenia rodzaju świadczeń komercyjnych lub finansowanych ze środków publicznych, a nie objętych niniejszym konkursem.

14) Zobowiązuję się do nie podwyższania ceny za realizację świadczeń przez okres trwania umowy.

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis oferenta / upoważnionego
przedstawiciela***- wraz z pieczętą

**) niepotrzebne skreślić

***) Przedstawiciel Oferenta załącza stosowne pełnomocnictwo w oryginale, uwierzytelnione przez notariusza lub przez mocodawcę