

Międzyrzecz, dnia.....

.....  
(Pieczęć oferenta)

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. INFORMACJE O OFERENCIE (WYPEŁNIA SKŁADAJĄCY OFERTE):

1. Nazwa i adres praktyki:.....  
Reprezentowana przez:.....
2. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....
3. NIP..... REGON.....
4. Telefon..... adres e-mail.....
5. Stopień i dziedzina specjalizacji .....
6. Dodatkowe kwalifikacje niezbędne przy udzielaniu świadczeń w wybranym poniżej zakresie.....

### II. PRZEDMIOT OFERTY (ZAZNACZYĆ „X”)

#### Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie :

1. Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna - w Poradniach Specjalistycznych:
  - Poradnia Onkologiczna;
  - Poradnia Gruźlicy i Chorób Płuc;

### III. OFEROWANE STAWKI ZA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE OBJĘTE POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM.

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna poradni ..... Zł brutto za 1 godzinę świadczenia usług;
2. Konsultacje lekarskie w oddziałach Udzielającego zamówienie..... zł brutto za 1 konsultację zleconą przez ordynatora/ kierownika/ lekarza oddziału (**dotyczy Poradni Specjalistycznych**);
3. .... zł brutto za każdego pacjenta objętego kartą diagnostyki i leczenia onkologicznego (w momencie rozpoczęcia i zakończenia etapu terapeutyczno- diagnostycznego) (**dotyczy Poradni Specjalistycznych – Poradnia Onkologiczna**);
4. .... zł obowiązującej stawki w okresie rozliczeniowym ustalonej przez NFZ dla Udzielającego zamówienie, za każdego pacjenta przyjętego w ramach porady początkowej (**dotyczy Poradni Specjalistycznych – Poradnia Onkologiczna**).
5. Deklarowana liczba godzin świadczenia usług w miesiącu:
  - a) Oddział.....
  - b) Poradnia.....

## OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Niniejszym oświadczam, że:

2. Zapoznałem/-łam się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi warunkami Konkursu Ofert (SWKO) oraz warunkami przyszłej umowy i warunki te przyjmuje bez zastrzeżeń.
3. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia i na zasadach określonych szczegółowymi warunkami konkursu ofert.
4. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni o daty terminu składania ofert oraz zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie określonym przez Zamawiającego.
5. Ofertę niniejszą składam na ..... kolejno ponumerowanych stronach.
6. Załącznikami do niniejszego formularza oferty, stanowiącymi integralną część oferty są:
  - a) wpis do ewidencji działalności gospodarczej;
  - b) umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej
  - c) dyplom ukończenia studiów;
  - d) dyplom/dyplomy specjalizacji lub kartę szkolenia specjalizacyjnego;
  - e) w przypadku posiadania dyplom tytułu naukowego;
  - f) zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza medycyny pracy w tym badania epidemiologiczne;
  - g) zaświadczenie o odbytych szkoleniu z zakresu BHP.

\* niepotrzebne skreślić

.....  
(Podpis i pieczęćka oferenta)

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne uprzednio złożone a znajdujące się w posiadaniu Udzielającego zamówienie, wykazane w Dziale Kadr i Płac Szpitala Międzyrzeckiego Sp. z o.o. w Międzyrzeczu – są nadal aktualne. W przypadku zmian zobowiązuje się dostarczyć aktualne dokumenty.

.....  
(Podpis i pieczęćka oferenta)

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 10 maja 2018 r. (Dz.U. 2018 poz. 1000) oraz zgodnie z art. 13 ust. 1 i ust. 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (dalej ogólne rozporządzenie o ochronie danych lub „RODO”).

.....  
(Podpis i pieczęćka oferenta)