**Załącznik nr 2 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NARDOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA KONSULTACJI Z ZAKRESU: PSYCHIATRII, NEUROLOGII  
 W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ MINISTERSTWA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO.**

**1. Dane oferenta**

Imię i nazwisko.........................................................................................................................................................................

Telefon: ........................................................................ e-mail: ............................................................................

adres: .………………………………………………………………………………………………………………………………… ulica.................................................................................................................................... nr ...................................................

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

Nr prawa wykonywania zawodu....................................................................................................................................

Nr wpisu do Rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą ........................................................

Nazwa firmy………………………………………………………………………………………………………………………….

Specjalizacja (nazwa i stopień)

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

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji w trakcie konkursu ofert. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem określonych wyżej środków komunikacji uznaję się za skutecznie złożone przez Udzielającego zamówienia.

………………………………………………….

Data i podpis oferenta

**2. Przedmiot oferty**

Złożona przeze mnie oferta jest ofertą na udzielanie przez lekarza specjalistę niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia konsultacji w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna zakresu \*:

1. neurologii,
2. psychiatrii,

w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia.

\*należy podkreślić właściwy zakres świadczeń, na udzielanie których składana jest oferta.

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

Data i podpis

**3. Oferta**

**1) cena**

1. cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to (dotyczy lekarza specjalisty z zakresu neurologii i psychiatrii):

-cena brutto za konsultację - orzeczenie o stanie zdrowia ................... zł (słownie złotych:....................................),

- cena brutto za konsultację - poradę lekarską na rzecz osób skierowanych przez International SOS Assistance UK Ltd. ………………… zł )(słownie złotych: …………………………………………………….);

**2**) dostępność udzielającego świadczeń

Zapewniam udzielanie konsultacji:

- …………….. dni w tygodniu w wymiarze co najmniej ………….. godz. tygodniowo.

**4. Okres udzielania świadczeń opieki zdrowotnej stanowiących przedmiot konkursu:**

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie konsultacji w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od 1 października 2024 r. do 31 lipca 2025 r.

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

Data i podpis

**5.Oświadczenia:**

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych (stanowiącym załącznik nr 1 do SWKO)   
i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

……………………………………..

Data i podpis

Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji.

………………………………………

Data i podpis

Oświadczam, że jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

……………………………………….

Data i podpis

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego zamówienia złożonej przeze mnie oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO oraz do przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

………………………………………..

Data i podpis

Oświadczam, że świadczenia wykonywane będą w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.

**………………………………………….**

Data i podpis

Zobowiązuję się do posiadania ważnej umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń opieki zdrowotnej na zasadach określonych   
w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 1 do SWKO.

**………………………………………….**

Data i podpis

Oświadczam, iż nie byłam/am karana/y za przestępstwo na szkodę dzieci ani nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w tym zakresie.

……………………………………………………...

Data i podpis

Oświadczam, że nie jestem pozbawiona/y, ani zawieszona/y w prawach do wykonywania zawodu na mocy prawomocnego wyroku karnego sądu powszechnego ani zawodowego sądu lekarskiego, a w chwili składania niniejszej oferty nie toczy się przeciwko mnie postępowanie przygotowawcze, które mogłoby prowadzić do pozbawienia mnie prawa wykonywania zawodu.

……………………………………………………..

Data i podpis

Ja, niżej podpisana/y wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w rozumieniu rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.   
w sprawie ochrony danych osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych   
i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE,   
w podanym wyżej zakresie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA im. prof. Ludwika Bierkowskiego w Poznaniu wyłącznie w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia Konkursu ofert. Oświadczam, że jestem świadoma/y przysługujących mi praw związanych z przetwarzaniem moich danych osobowych. Żądanie zaprzestania przetwarzania danych osobowych jest równoznaczne z wycofaniem oferty z Konkursu.

…………………………………………………….

Data i podpis osoby wyrażającej zgodę

**ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**

1. Dyplom lekarza, dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacji.
2. Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Okręgowa Rada Lekarska),
3. Wpis do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej (CEIDG),
4. Polisa ubezpieczenia OC,
5. Aktualne zaświadczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,