**Załącznik nr 2 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ NIEFINANSOWANYCH ZE ŚRODKÓW PUBLICZNYCH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA KONSULTACJI Z ZAKRESU KARDIOLOGII, NEUROLOGII, OKULISTYKI, ORTOPEDII, OTOLARYNGOLOGII, PSYCHIATRII 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 : .…………………………………………………………………………………………………………………………………

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

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

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących 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**

Składam ofertą na udzielanie przez lekarza specjalistę niefinansowanych ze środków publicznych Narodowego Funduszu Zdrowia konsultacji z zakresu \*:

1. kardiologii (z wykonywaniem i oceną badań wysiłkowych serca, echokardiografii oraz oceną z opisem EKG, Holter EKG, Holter RR),
2. neurologii,
3. okulistyki (z wykonywaniem badań pola widzenia i badań dna oka),
4. ortopedii,
5. otolaryngologii,
6. 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 jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert to (dotyczy konsultacji z zakresu kardiologii:

- 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: ………………………………….);

- cena brutto za wykonanie i ocenę badania wysiłkowego serca ………….. zł (słownie złotych:…………………………..),

- cena brutto za wykonanie i ocenę echokardiografii ……..…….. zł (słownie złotych:………….………………..),

- cena brutto za ocenę i opis badania EKG ……………. zł (słownie:………………………………….),

- cena brutto za ocenę i opis Badania Holtert RR, Holter EKG …………… zł (słownie: ………………………………………..);

1. cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert (dotyczy konsultacji z zakresu okulistyki):

- 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: ………………………………….);

- cena brutto za badanie pola widzenia …………… zł (słownie złotych:…………………………….)

- cena brutto za badanie dna oka ………………… zł (słownie złotych: ……………………………….).

1. cena jaką oferuję za udzielanie świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot Konkursu ofert (dotyczy konsultacji z zakresu neurologii, otolaryngologii, ortopedii, 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: ………………………………….);

**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 sierpnia 2025 r. do 31 lipca 2026 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 zaświadczenie lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń objętych umową,
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego obejmujące Kartotekę karną oraz Kartotekę Nieletnich; Oświadczenie o zamieszkiwaniu wymagane ustawą z dnia 28 ustawa z dnia 28 lipca 2023r. o zmianie ustawy – Kodeks rodzinny i opiekuńczy oraz niektórych innych ustaw (Dz.U.2023.1606) oraz ustawa z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz. U. z 2024.560.t.j.).