

Załącznik nr 1 do Szczegółowych warunków konkursu ofert

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie SP ZOZ w Garwolinie w zakresie.....

.....

1. Dane Oferenta:

Nazwa firmy:.....

pesel:.....nazwisko rodowe:.....

2. Adres siedziby działalności Oferenta :.....

.....

3. Adres do korespondencji jeśli jest inny niż adres działalności:.....

.....

.....

4. Telefon kontaktowy:.....

5. E mail.....

6. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

a) za udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję cenę brutto:

.....

7. Deklarowana minimalna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w miesiącu :

.....

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. **Jest**/ nie jest** pracownikiem SP ZOZ w Garwolinie zatrudnionym na umowę o pracę.**
3. Posiada wiedzę, odpowiednie kwalifikacje i umiejętności do realizacji zamówienia.
4. Posiada pełną zdolność do czynności prawnych.
5. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w sposób rzetelny i zgodny z obowiązującą wiedzą medyczną, dostępnymi metodami i środkami, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.
6. Spełnia wymagania zdrowotne określone we właściwych przepisach – we własnym zakresie zabezpiecza badania okresowe oraz szkolenia bhp.
7. **Samodzielnie **/ nie Samodzielnie** będzie się rozliczać z Urzędem Skarbowym oraz Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
8. Przyjmuje obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, dostarczenia jej najpóźniej w dniu podpisania umowy oraz terminowego dokumentowania na bieżąco, pod rygorem rozwiązania umowy.
9. Jest wpisany do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
10. Złożone przez oferenta kserokopie dokumentów są zgodne z oryginałami.
11. Nie prowadzi działalności, która mogłaby zostać uznana za konkurencyjną w stosunku do działalności Udzielającego Zamówienia, tj nie prowadzi konkurencyjnego podmiotu leczniczego

we własnym imieniu lub za pośrednictwem osoby trzeciej, posiadającego kontrakt lub ubiegającego się o kontrakt w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie działalności leczniczej prowadzonej przez Udzielającego Zamówienia – objętej zamówieniem.

12. Nie posiada prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia wykonywania zawodu lub zajmowania określonego stanowiska.

13. Nie jest karany, w tym za przewinienia zawodowe,

14. Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowisko.

ZALĄCZNIKI:

1. Aktualny wpis z właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zgodnie z ustawą o działalności leczniczej (kopia).
2. Aktualny wypis z Krajowego Rejestru Sądowego, w przypadku podmiotów podlegających wpisowi do KRS, a dla podmiotów nie podlegających wpisowi do KRS- aktualny wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
3. Aktualną polisę obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności lub oświadczenie Oferenta o dostarczeniu jej najpóźniej w dniu zawarcia umowy.
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe : odpis dyplomu, przebieg pracy zawodowej, prawo wykonywania zawodu, zaświadczenie o posiadanych specjalizacjach, stopniach i tytułach naukowych oraz inne dokumenty w szczególności potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe kandydata.
5. Certyfikat ochrony radiologicznej pacjenta - jeśli dotyczy oddziałów zabiegowych.
6. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV K.K, w art. 189a i art.207 KK oraz w ustawie z 29.07.2005r o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego. *(jeżeli dotyczy)*
7. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia, wystawionego przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych a w przypadku lekarzy dyscyplin zabiegowych dodatkowo wpis o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń w narażeniu na promieniowanie elektromagnetyczne i jonizujące.
8. Aktualne badania do celów sanitarno-epidemiologicznych.
9. Zaświadczenie o odbyciu szkolenia bhp na stanowiskach medycznych.
10. Klauzula informacyjna o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na dane stanowiska

.....
Miejscowość, data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta