

FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Wałbrzychu Konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników – Nr sprawy KO/01/2025.

DANE OFERENTA:

Nazwa praktyki lekarskiej/ Imię i nazwisko¹ / Nazwa podmiotu:

.....

Nr REGON¹ NIP¹.....

Nr ewidencyjny PESEL²:

Nr telefonu kontaktowego:..... adres e-mail:

Adres siedziby praktyki lekarskiej/ zamieszkania² / podmiotu:

Kod pocztowy:

Miejscowość:

.....

Gmina/dzielnica:

Ulica/nr domu/nr lokalu: Nazwa banku, nr konta³:

.....

Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/ data wydania.....

Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

.....
 miejscowość i data

.....
 podpis Oferenta

OFERTA SZCZEGÓŁOWA (proszę zaznaczyć X **tylko jedno** wybrane zadanie) **Zadanie nr 1**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 1**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej poniżej w tabeli lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Miejsce wykonywania świadczenia	Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
	PN	WT	ŚR	CZ	PT	

1 Dotyczy tylko osób fizycznych prowadzących działalność gospodarczą oraz podmiotów posiadających osobowość prawną

2 Dotyczy tylko osób fizycznych nie prowadzących działalności gospodarczej

3 Wykonawca przy realizacji Umowy zobowiązuje posługiwać się rachunkiem rozliczeniowym, o którym mowa w art. 49 ust. 1 pkt. 1 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. Prawo Bankowe (tekst jedn.: Dz.U. z 2019 r. poz. 2357) zawartym w wykazie podmiotów, o którym mowa w art. 96b ust. 1 Ustawy z dnia 11 marca 2004 r. o podatku od towarów i usług (tekst jedn.: Dz.U.z 2020 r. poz. 106)

pow. lubański						
pow. bolesławiecki						
pow. zgorzelecki						

4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:
- powiat lubański zł (słownie:) za godzinę/dzień,
 - powiat bolesławiecki zł (słownie:) za godzinę/dzień
 - powiat zgorzelecki zł (słownie:) za godzinę/dzień.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Zadanie nr 2

- Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 2**.
- Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej poniżej w tabeli lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
- Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Miejsce wykonywania świadczenia	Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
	PN	WT	ŚR	CZ	PT	
pow. lubański						
pow. bolesławiecki						
pow. zgorzeleckim						
pow. lwówecki						
pow. wałbrzyski						
pow. kamiennogórski						
pow. jeleniogórski						
pow. świdnicki						
pow. dzierzoniowski						
pow. kłodzki						
pow. ząbkowickim						

8. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:
- d) powiat lubański zł (słownie:) za godzinę/dzień,
 - e) powiat bolesławiecki zł (słownie:) za godzinę/dzień,
 - f) powiat zgorzelecki zł (słownie:) za godzinę/dzień

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Zadanie nr 3

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 3**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
9. 3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	

4. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: zł (słownie:) za godzinę/dzień

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Zadanie nr 4

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 4**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)					c. brutto za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	

4. Oferuję udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości:..... zł (słownie:) za godzinę/dzień.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Zadanie nr 5

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 6**.
2. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.
3. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy**.

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

4. Oferuję udzielenie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: zł (słownie:.....) za godzinę/dzień
5. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu wsoboty w miesiącu (należy wpisać ilość sobót w miesiącu).

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Zadanie nr 6

6. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 i 3 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU określonych dla **Zadania nr 6**.
7. Oświadczam, że oferta moja obejmuje udzielanie świadczeń zdrowotnych dla podanej w SWK lokalizacji z zastrzeżeniem dotyczącym wybranych dni tygodnia.

8. Świadczenia zdrowotne będą świadczone w okresie **na 12 miesięcy od podpisania umowy.**

Dyspozycyjność (*zaznaczyć X dni tygodnia)						c. brutto za godzinę/dzień wykonywania świadczeń [PLN]
PN	WT	ŚR	CZ	PT	SOB	

9. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu za wynagrodzenie w wysokości: zł (słownie:.....) **za godzinę/dzień**
10. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu wsoboty w miesiącu (należy wpisać ilość sobót w miesiącu).

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

Oświadczam, że:

- posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych,
- zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych najpóźniej w terminie 7 dni od dnia podpisania umowy.

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Oferenta

Oświadczenie oferenta

1. Oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
- 2) zapoznałem się z Regulaminem, szczegółowymi warunkami konkursu (SWK) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte.
- 3) stan zdrowia pozwala mi na pracę w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku.
- 4) stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.
- 5) oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienia informacji zawierających dane osobowe oraz, że poinformowałem pisemnie i uzyskałem zgodę każdej osoby, której dane osobowe są podane w ofercie oraz dokumentach składanych wraz z niniejszą ofertą lub będą podane w oświadczeniach i dokumentach złożonych w niniejszym postępowaniu o udzielenie zamówienia.

- 6) posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszego konkursu.
2. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

.....
miejsowość i data

.....
podpis Oferenta

Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWK:

1.
2.
3.