Załącznik Nr 1 do Ogłoszenia

**OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:   
**lekarz specjalista w Oddziale neurologicznym z pododdziałem udarowym**

Imię ………………………………………….…………………………………………………………………………………….

Nazwisko ……………………………………………………………………………………………..………………………….

PESEL …………………………………………………………………….………………………………………………………

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

Specjalizacja w dziedzinie………………………......................................................................................

Nr dokumentu specjalizacji ……………………………………………………………..………………………………….

Posiadany tytuł naukowy ……………………………………………………………………………………………………

Nr z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ………………….....................................

NIP .................................................................. REGON....................................................................

Nr telefonu .......................................................................................................................................

Adres praktyki / działalności gospodarczej

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

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem praktyki / działalności gospodarczej)

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

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

Numer rachunku bankowego:

………………………………………………………………………………………………………………………………….…..

*Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym postanowieniami umowy, której wzór stanowi załącznik do ogłoszenia o konkursie*

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie Szpitala Powiatowego w Zambrowie sp. z o.o. w Zambrowie przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego Zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Posiadają udokumentowane kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarz specjalista neurolog
5. Posiada udokumentowane kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza.
6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na co najmniej minimalną kwotę gwarantowaną zgodną z obowiązującymi przepisami prawa (zobowiązuje się do przedłużenia kopii polisy OC w terminie określonym we wzorze umowy).
7. Posiada aktualne zaświadczenie lekarskie stwierdzające brak przeciwwskazań do podjęcia się wykonywania świadczeń objętych Umową.
8. Deklaruje świadczenie usług zdrowotnych w zakresie **objętych konkursem**:

|  |  |
| --- | --- |
| **Stawka za godz. świadczenia usług (zł. brutto)** | **Ilość godzin (średniomiesięcznie)** |
|  |  |

\* w przypadku, gdy Udzielający zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wymienionych w ogłoszeniu konkursowym załączników (aktualny), Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach ……nie uległy zmianie i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia

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

**(podpis i pieczęć osoby uprawnionej**

**do podpisania i złożenia oferty)**

**Oświadczam, że w ostatnich pięciu latach:**

* nie było i aktualnie nie jest prowadzone przeciwko mnie postępowanie o przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego,
* przeciwko mnie nie jest wszczęte postępowanie mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu.

………………………………...

**(data i podpis Oferenta)**

**Oświadczam, że:**

1. zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia.
2. zapoznałem/am się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. zapoznałem/am się z propozycją umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. nie jestem zawieszony/na w prawie wykonywana zawodu ani ograniczony/na w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów.
6. nie jestem pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.
7. nie byłem/am ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
8. wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Udzielającego zamówienia.
9. posiadam kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem zamówienia.
10. w całym okresie obowiązywania umowy utrzymam polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
11. nie będę prowadził działalności konkurencyjnej wobec Udzielającego zamówienia w czasie wyznaczonym na realizację zadań objętych przedmiotem umowy
12. wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych, w tym danych dotyczących karalności zgodnie z ustawą dnia 10 grudnia 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 poz.1000) w celu udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie.

**………………………………...**

**(data i podpis Oferenta)**