Załącznik nr 1 do SWKO

**…………………………………………..**

*pieczęć nagłówkowa oferenta*

**OFERTA**

w związku z ogłoszeniem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach z dnia **08.10.2024r**. w sprawie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów lekarskich Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Sędziszowie Młp. od poniedziałku do czwartku w godzinach 1500 - 725 dnia następnego, w piątek i dzień przedświąteczny w godzinach 1500  – 700, w soboty w godzinach 700 - 700, w niedziele i święta w godzinach 700 – 725 dnia następnego (Konkurs ofert nr 45)

1. **DANE OFERENTA**

Imię i nazwisko lub nazwa zakładu………………………………………………………………..

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

Kod pocztowy…………………… Miejscowość………………………………………..………..

Ulica……………………………….. Nr domu/mieszkania………………………………………

Telefon………………………………………

1. **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1) jest wpisany do:

Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod numerem

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

2) numer KRS lub wpisu do innego rejestru z oznaczeniem organu dokonującego wpisu:

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

numer wpisu do rejestru podmiotów leczniczych:………..…….…………….……………\*\*)

bank: ……………………………………………………………..……………….….…...........

nr rachunku bankowego: …..…………………………………….…………….………...........

3) zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.

4) akceptuje warunki umowy zaproponowanej przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert i za udzielanie świadczeń zdrowotnych proponuje następujące wynagrodzenia:

za 1 godzinę dyżuru:………………………………………………………………

świadczenie dla Policji tj. jednorazowe badanie lekarskie zakończone wydaniem zaświadczenia lekarskiego - ……………….

świadczenie dla Policji tj. jednorazowe pobranie krwi i sporządzenie protokołu z pobrania na zawartość alkoholu lub narkotyków - …………..

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
2. kserokopia dyplomu lekarza;\*)
3. kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy); \*)
4. kserokopia prawa wykonywania zawodu; \*)
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru specjalistycznych praktyk lekarskich lub indywidualnych

specjalistycznych praktyk lekarskich Okręgowej Izby Lekarskiej; \*)

1. wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;\*)
2. polisa odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
3. zaświadczenia lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy; \*)
4. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia (kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego, jeżeli dotyczy); \*)
5. aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych\*\*)

\*) – dotyczy tylko lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską

\*\*) – dotyczy tylko podmiotów leczniczych

podpis Oferenta