Załącznik nr 1 do SWKO

**…………………………………………..**

*pieczęć nagłówkowa oferenta*

**OFERTA**

w związku z ogłoszeniem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach z dnia **23.01.2025 r**. w sprawie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w poradni POZ jak również wizyt domowych

(Konkurs ofert nr 2).

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:

1. za jedną godzinę pracy wg ustalonego harmonogramu ………………………… zarówno w poradni POZ jak również podczas wizyt domowych,

albo

1. ……………. brutto za 1 poradę (przyjętego pacjenta),
2. ……………. brutto za każdego pacjenta zapisanego na listę świadczeniobiorców lekarza poz,
3. przy udzielaniu świadczeń dla osób nieubezpieczonych……………. zł za poradę,
4. przy udzielaniu świadczeń dla osób spoza rejonu działalności Udzielającego zamówienie - w kwocie ………… zł,
5. przy udzielaniu świadczeń dla osób z krajów Unii Europejskiej - w kwocie ………… zł,
6. stwierdzenie zgonu i jego przyczyny oraz wystawienie karty zgonu……………………zł
7. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
8. kserokopia dyplomu lekarza;\*)
9. kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy); \*)
10. kserokopia prawa wykonywania zawodu; \*)
11. 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\*\*)
6. zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw wskazanych prawem wobec małoletnich

(*w zakresie przestępstw określonych w* [*rozdziale XIX*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=roz(XIX)&cm=DOCUMENT) *i* [*XXV*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(XXV)&cm=DOCUMENT) *Kodeksu karnego, w* [*art. 189a*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(189(a))&cm=DOCUMENT) *i* [*art. 207*](https://sip.lex.pl/#/document/16798683?unitId=art(207)&cm=DOCUMENT) *Kodeksu karnego oraz w* [*ustawie*](https://sip.lex.pl/#/document/17219465?cm=DOCUMENT) *z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.*

\*) – dotyczy tylko lekarzy prowadzących indywidualną praktykę lekarską

\*\*) – dotyczy tylko podmiotów leczniczych

podpis Oferenta