Załącznik nr 1 do SWKO

**…………………………………………..**

*pieczęć nagłówkowa oferenta*

**OFERTA**

w związku z ogłoszeniem Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ropczycach z dnia **19.09.2025 r**. w sprawie konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zarówno w poradni POZ jak również wizyt domowych

(Konkurs ofert nr 38).

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 …………….zł,

ponadto:

1. w ramach opieki koordynowanej za 1 poradę kompleksową ……………..zł,
2. w ramach opieki koordynowanej za 1 poradę edukacyjną ……………..zł,
3. w ramach świadczeń gwarantowanych poz – profilaktyka chorób układu krążenia ……….. za 1 poradę,
4. w ramach świadczeń gwarantowanych poz „Moje zdrowie – bilans zdrowia osoby dorosłej” ……….. za 1 poradę,
5. stwierdzenie zgonu i jego przyczyny oraz wystawienie karty zgonu……………………zł
6. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
7. kserokopia dyplomu lekarza;\*)
8. kserokopia dyplomów specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy); \*)
9. kserokopia prawa wykonywania zawodu; \*)
10. 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