**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH   
   W ZAKRESIE ZABEZPIECZENIA……………………………..**
2. **Dane oferenta:**

Imię i Nazwisko lub nazwa firmy, którą prowadzi Oferent, siedziba firmy, adres:

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

NIP\* .……………………………………………….…………………………………….……………..……..

REGON\* .…………………………………………………………………………….….……………..……...

Nr prawa wykonywania zawodu/nr dyplomu\* ……...……………………………………………………………

Tel. do kontaktu .………………………………………………………………………………………..……..

Fax .…………………………………………………………………………………………………..………..

Zarejestrowany w CEIDG\*, KRS\* .……………………..……………………………………..………………..

e-mail na który będzie wysyłana korespondencja .………….……………………….…….……..……………….

Numer rachunku bankowego oraz nazwa banku ………………………………………………..………………..

**2. Kwalifikacje zawodowe:** (zaznaczyć krzyżykiem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kwalifikacje zawodowe**  tj. kursy, szkolenia lub specjalizacje mające zastosowanie w przedmiocie konkursu  (w przypadku podania dodatkowych kwalifikacji wymagane jest dołączenie do oferty dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje) | □ Posiadam  □ Nie posiadam | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
|  |

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

**3. Doświadczenie zawodowe:** (zaznaczyć krzyżykiem) – Dotyczy Części nr 1,2 oraz 3

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Doświadczenia zawodowego w zakresie pracy w:  □ Oddziale Onkologii Klinicznej dotyczy Części nr 1,  □ w Poradni Otolaryngologicznej dotyczy Części nr 2,  □ w Podstawowej Opiece Zdrowotnej dotyczy Części nr 3. | □ 0- 5 lat  □ 6 -10 lat  □ Powyżej 10 lat | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
|  |

Dotyczy Części nr 4,5 oraz 6

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Doświadczenia zawodowego w zakresie pracy:  □ w Oddziale Neurologicznym dotyczy Części nr 4,  □ w Porani Neurologicznej dotyczy Części nr 5,  □ w Poradni Ginekologicznej dotyczy Części nr 6, | □ 0-8 lat  □ 9-10 lat  □ Powyżej 10 lat | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
|  |

**4. Znajomość programu:** (zaznaczyć krzyżykiem)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Znajomość programu firmy KAMSOFT (KS-ZZL, KS- MEDIS – Oddział, KS –SOMED – Poradnia/obsługa pacjentów zapisanych na wizytę) * Brak znajomości programu KAMSOFT (KS-ZZL, KD – MEDIS – Oddział, KS –SOMED – Poradnia/obsługa pacjentów zapisanych na wizytę) | □ Tak ………………………………………………………………………............................................................................................................................................................................................................(proszę wymienić jakie)    □ Brak znajomości | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
|  |

**5. Dostępność udzielania świadczeń zdrowotnych:** (zaznaczyć krzyżykiem

Dotyczy Części nr 1,2 oraz 3

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaproponowana gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych** | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
| * Poniżej 4 dyżurów w miesiącu (ile?)……... * 4-7 dyżurów w miesiącu ( ile?) ………… * Zgodnie z potrzebami UZ. |  |

Dotyczy Części nr 4,5 oraz 6

|  |  |
| --- | --- |
| **Zaproponowana gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych** | **PRZYZNANE PUNKTY (wypełnia Komisja)** |
| □ Poniżej 3 dni w tygodniu  □ 4 - 5 dni w tygodniu  □ Zgodnie z potrzebami UZ |  |

**6. Przystąpienie do konkursu ofert jako** ( zaznaczyć krzyżykiem)

|  |  |
| --- | --- |
| * **Umowa kontraktowa**   Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu art.5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej |  |
| * **Umowa zlecenie**   Osoba fizyczna , nieprowadząca działalności gospodarczej , ale posiadająca fachowe kwalifikacje do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym |  |

1. **Data sporządzenia oferty** .……………………………………………………………………………….
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienie.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
5. Oświadczam, że posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ   
    i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz udzielającego zamówienie.
6. Oświadczam, że nie jestem karany/a za przestępstwa umyślne, zawodowe i skarbowe.
7. Oświadczam, że nie byłem/am skazany/a za przestępstwo przeciwko wolności seksualnej   
   i obyczajności, i przestępstwa z użyciem przemocy na szkodę małoletniego i nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie karne ani dyscyplinarne w tym zakresie.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym   
   i prawnym.
9. Oferta została złożona na .............. stronach. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami do oferty są ponumerowane od nr .......... do nr .............
10. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * .........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................
    * ..........................................................................

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

(data i podpis osoby lub osób upoważnionych do reprezentowania oferenta)

*\*niepotrzebne skreślić*

*W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).*

*1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*