**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W ZAKRESIE ………………………………………**
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 ………………………………………………..………………..

Kwalifikacje zawodowe:

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

Dodatkowe kwalifikacje zawodowe tj. kursy, szkolenia lub dodatkowe specjalizacje mające zastosowanie
w przedmiocie konkursu: (w przypadku podania dodatkowych kwalifikacji wymagane jest dołączenie do oferty dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oświadczam, że posiadam doświadczenie zawodowe:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Doświadczenie  | powyżej 8 lat | poniżej 8 lat |
|  |  |

Oświadczam, że posiadam/ nie posiadam\* znajomość programu firmy KAMSOFT (KS-ZZL, KS – MEDIS – Oddział lub KS –SOMED - Poradnia).

……………………………………………………………………………………………………………………………../Proszę wymienić, który z ww. systemów jest znany/

Oświadczam, że w dniu składania oferty:

 posiadam zawartą umowę na świadczenie usług medycznych w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym
z Polikliniką SPZOZ – Fila w Ełku

 nie posiadam zawartej umowy na świadczenie usług medycznych w 1. Wojskowym Szpitalu Klinicznym
z Polikliniką SPZOZ – Fila w Ełku

Dostępność na poziomie:

 zgodnie z potrzebami UZ

 proponowane dni i godziny pracy

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| poniedziałek | wtorek | środa | czwartek | piątek | sobota | niedziela |
|  |  |  |  |  |  |  |

1. Data sporządzenia oferty .……………………………………………………………………………….
2. FORMA ZAWARCIA UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ:
* umowa kontraktowa
* umowa zlecenia
1. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. 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.
3. Oświadczam, że posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych oraz wzorze umowy.
4. Oświadczam, że posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ
 i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz udzielającego zamówienie.
5. Oświadczam, że nie jestem karany/a za przestępstwa umyślne, zawodowe i skarbowe.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym
i prawnym.
7. Oferta została złożona na .............. stronach. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami do oferty są ponumerowane od nr .......... do nr .............
8. 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).*