Załącznik nr 1

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

miejscowość, data

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**świadczenia zdrowotne w zakresie usług polegających na: wykonywaniu badań USG ogólnodiagnostycznych wraz z opisem.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Zakres świadczenia zdrowotnego** | **Cena jedn. (brutto) za badanie** | **Deklarowana ilość badań w czasie trwania umowy** | **CENA OFERTY**  **cena jednostkowa (brutto) za wykonanie badania pomnożona przez deklarowaną ilość w czasie trwania umowy** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |
| 1. | Udzielanie świadczeń zdrowotnych – wykonywanie badań USG ogólnodiagnostycznych wraz z opisem realizowanych w Pracowni USG  na rzecz pacjentów PCR Sopot |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Harmonogram pracy** | | | | |
| **Wykaz dni pozostawania w dostępności udzielania usług zamówienia wraz ze wskazaniem godzin w lokalizacjach Udzielającego zamówienia.** | | | | |
| **Pn.** | **Wt.** | **Śr.** | **Czw.** | **Pt.** |
|  |  |  |  |  |

Należy podać oferowaną ilość dni i godzin w tygodniu pozostawania w dostępności udzielania usług w lokalizacjach Udzielającego zamówienia. Proponowana ilość jednostkowa/liczba godzin i dni wykonywanych świadczeń zdrowotnych regulowane będą Harmonogramem w zależności od potrzeb organizacyjnych Udzielającego zamówienia. Udzielający zamówienia zamierz udzielić zamówienia 1 lekarzowi o dyspozycji czasowej **minimum 5 godzin tygodniowo**.

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

podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

Załącznik Nr 2

FORMULARZ OFERTOWY

# Pełna nazwa Oferenta …………………………………………………….............................…………………………………

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

Pełny adres siedziby Oferenta ....................................................................................................................................................................

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

**nr tel/fax, kom**. ............................................**e-mail**..................................................................................

**PESEL** …………………………………………………..

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: praktyk lekarskich /innego właściwego rejestru ....................................................................................................................................................................

nr statystyczny **REGON** ......................................., nr Identyfikacji Podatkowej **NIP**  ………..……………………

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania

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

Nazwa banku, nr rachunku ....................................................................................................................................................................

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert nr K-11-24 na udzielanie świadczeń zdrowotnych realizowanych na rzecz pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia medyczne zawarte w Załączniku nr 1 do oferty.
2. Oświadczam w imieniu w/w Oferenta, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta:
3. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.) i pozostałych przepisach, w szczególności jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresem świadczeń zdrowotnych zgodnie ze składaną ofertą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi;
5. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania niniejszego zamówienia, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania niniejszego zamówienia, tj.: lekarzem wykonującym badania USG o wykształceniu wyższym medycznym i specjalizacji w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej lub będącym w trakcie specjalizacji (po ukończonym 2 roku), posiadającym aktualne prawo do wykonywania zawodu lekarza;
6. w przypadku lekarza składającego ofertę jako indywidualna praktyka lekarska – lekarz winien spełniać warunki wskazane w art. 18 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r., poz. 991 ze zm.);
7. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
8. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe wraz z doświadczeniem osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w Załączniku nr 3.
10. Oferuję realizację usług w okresie od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu, nie wcześniej jednak niż od dnia 01.06.2024 r. do dnia 01.01.2025 r.
11. Akceptuję 14 dniowy termin płatności.
12. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
13. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za ceny jednostkowe podane w Załączniku nr 1.
14. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
15. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*.
16. Oświadczam, że nie jestem:

a) uczestnikiem konkursu, o którym mowa w art. 7 ust. 1ustawy wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy *z* dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę (Dz. U. poz. 835);

b) uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

11) Oświadczam, że moje dane nie figurują w Rejestrze Przestępców na Tle Seksualnym.

12)Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.

13) Przyjmuję do wiadomości, że ilości badań i opisów wskazane w Załączniku nr 1 są szacunkowe. Faktyczne ilości wykonywanych badań i opisów są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie.

14) Udzielający zamówienia dopuszcza zwiększenie zakresu i wartości umowy do 50% na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

**KLAUZULA RODO**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. – Inspektora Danych Osobowych, w celu wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych \*\*.

TAK

NIE

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

data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

\*) *niewłaściwe skreślić*

\*\*) n*iewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych*

Załącznik nr 3

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

miejscowość, data

**Liczba, kwalifikacje i doświadczenie zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

/sporządza samodzielnie oferent/

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Osoby przeznaczone do**  **udzielania świadczeń**  *(imię i nazwisko)* | **Kwalifikacje**  **zawodowe poszczególnych osób**  wykazujące spełnianie warunków  *(należy załączyć dokumenty potwierdzające wykształcenie tj. dyplom ukończenia studiów medycznych, specjalizację tj. dyplom uzyskania tytułu specjalisty w dziedzinie zgodnej ze składaną ofert lub oświadczenie o ukończeniu 2-go roku specjalizacji w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej potwierdzone przez kierownika specjalizacji oraz dokument potwierdzający posiadanie aktualnego prawa do wykonywania zawodu)* | **Doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem oferty**  *(przebieg zatrudnienia)* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

................................................................................................. Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela