*Załącznik nr 1 konkursu*

 Znak sprawy: A.I.4250.4.2024

…………………………………

*(Pieczęć Oferenta)*

***FORMULARZ******OFERTY***

 **Nazwa praktyki**

(w przypadku innych podmiotów proszę o podanie nazwy placówki, adresu siedziby, danych dotyczących placówki, personelu medycznego, liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczeń): **\***

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

**Imię i nazwisko:**

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

**Adres:**

ul. ............................................................................................................................................

kod ..................... miejscowość ...............................................................................................

Telefon: ..................................................., adres e-mail:……………………………….………

NIP................................ REGON ...................................... PESEL: ....................................................

**Nr prawa wykonywania zawodu:** .................................................... (dołączyć kserokopię)

**Nr wpisu do właściwego rejestru:** ..................................................... (dołączyć kserokopię)

**Nazwa organu, który dokonał wpisu:** ....................................................................................

**Posiadam tytuł specjalisty** (dołączyć kserokopię):

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

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

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

Oferuję udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych (porad specjalistycznych) w Poradni Urazowo - Ortopedycznej MSOR na warunkach:

**Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ wynosi ………………..zł za każdy punkt rozliczeniowy**

Zobowiązuję się w następujących godzinach i dniach tygodnia (należy uwzględnić warunki określone w pkt. 7.3. konkursu) : \*

Dzień ....................................... godzina: od ..................... do ..........................

Dzień ....................................... godzina: od ..................... do ..........................

Dzień ....................................... godzina: od ..................... do ..........................

Dzień …………………………...godzina: od ……………… do ……………………

Dzień ………………………… godzina: od …………….. do …………………….

**\*** *Wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję. Zamawiający przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.*

**Wykaz personelu (jeżeli świadczenie będą świadczone przez większą ilość osób)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Nr wykonywania zawodu | Specjalizacja (nazwa i stopień) |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

…………………………………………………

*Data i podpis*

 *Załącznik nr 2 do konkursu*

Znak sprawy: A.I.4250.4.2024

**OŚWIADCZENIE OFERENTA LUB PEŁNOMOCNIKA OFERENTA**

**o spełnianiu warunków udziału w postępowaniu**

**konkursowym na udzielanie przez lekarzy specjalistów w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu świadczeń zdrowotnych w Poradni Urazowo – Ortopedycznej na rzecz pacjentów Małopolskiego Szpitala Ortopedyczno – Rehabilitacyjnego im. prof. Bogusława Frańczuka**

Imię i Nazwisko / Nazwa Oferenta ubiegającego się o udzielenie zamówienia:

Adres Oferenta:

Składając ofertę naudzielanie świadczeń zdrowotnych, zobowiązuję się do wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z poniższymi warunkami:

1. Posiadam uprawnienia do wykonywania działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, określone w przepisach obowiązującego prawa;
2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
3. Oświadczam, że wzór umowy, stanowiący załącznik do warunków konkursu został przeze mnie zaakceptowany. Zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy na określonych w projekcie umowy warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
4. Oświadczam, że spełniam wymagania określone w rozporządzeniu MZ z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej.
5. Zobowiązuję się, że w razie wybrania mojej oferty przed przystąpieniem do wykonywania pierwszej czynności na rzecz Zamawiającego, ubezpieczę się od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej i zobowiązuje się do utrzymania tego ubezpieczenia przez cały okres obowiązywania umowy.
6. Wyrażam zgodę na wykorzystanie informacji złożonych w ofercie, wymaganych do złożenia oferty w postępowaniu prowadzonym przez NFZ w celu uzyskania kontraktu z MOW NFZ na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia bólu.
7. Oświadczam, że jestem związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

…………………………………………………

*Data i podpis*

*Oferenta*