

FORMULARZ OFERTOWY

I. Oznaczenie Oferenta:

.....

Adres:

ul.

kod miejscowość

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

NIP..... REGON PESEL:

II. Poniżej należy wpisać stawki brutto za jedną godzinę świadczeń w polskich złotych.

1. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie wykonywania zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi:**
.....zł za punkt rozliczeniowy(*należy odliczyć koszty implantu*)
2. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie asystowania przy wykonywaniu zabiegów chirurgii kręgosłupa wynosi:**
.....zł za punkt rozliczeniowy (*należy odliczyć koszty implantu*),
3. **Proponowany udział oferenta w wartości punktu rozliczeniowego zakontraktowanego z NFZ w zakresie świadczeń wykonywanych w Poradni Urazowo - Ortopedycznej wynosi:**
..... zł za każdy punkt rozliczeniowy.

III. Oświadczam, iż:

1. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
2. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
.....
3. Zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustaleniem z kierującym Oddziałem i Zespołem Poradni Specjalistycznych: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*)
4. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji umowy przez cały okres jej trwania: **tak / nie** (*niepotrzebne skreślić*).
5. Posiadam umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mi na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii kręgosłupa oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych w tym: Poradni Urazowo – Ortopedycznej: tak / nie (*niepotrzebne skreślić*).

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Oświadczenie Oferenta

Niniejszym, oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 2) Oświadczam, iż jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymogami ustawowymi.
- 3) Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą, doświadczeniem oraz jestem zdolny do wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych - zgodnie z warunkami konkursu oraz obowiązującymi przepisami.
- 4) Świadomy/a odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania wynikające z art. 233 k.k. (podanie nieprawdy lub zatajenie prawdy) oświadczam, że nie byłem/am karany/a za przestępstwa popełnione umyślnie czy nieumyślnie i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych.
- 5) Posiadam obowiązkowe ubezpieczenie z tytułu odpowiedzialności cywilnej, obejmującej szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
- 6) Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.
- 7) Oświadczam, iż pozostaję w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia
- 8) Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
- 9) Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

.....
data

.....
podpis (imię i nazwisko) Oferenta

Znak sprawy:
A.I.4250.10.2024

KLAUZULA ZGODY NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
w Małopolskim Szpitalu Ortopedyczno – Rehabilitacyjnym im. prof. Bogusława Frańczuka,
al. Modrzewiowa 22, 30 -224 Kraków

- I. Świadomie i dobrowolnie wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych niezbędnych w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza z zakresu chirurgii kręgosłupa.
- II. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o zasadach przetwarzania moich danych osobowych, przysługującym mi prawie dostępu do treści moich danych, możliwości ich sprostowania, ograniczenia ich przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych (w przypadku gdy uznam iż podane przeze mnie dane osobowe nie są przetwarzane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa).
- III. Oświadczam, że zostałam/zostałem poinformowana/poinformowany o przysługującym mi prawie do wycofania w dowolnym momencie zgody na przetwarzanie moich danych osobowych.

.....
data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta