**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

I W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie ofert na: ..............……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. składam niniejszą ofertę.

**II DANE O OFERENCIE:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….....**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………..** (wpisać imię i nazwisko oraz zarejestrowaną nazwę podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

prowadząc y działalność leczniczą:

ADRES: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

NIP: ………………………………………………………………….., REGON: ………………………………

TELEFON KONTAKTOWY: …………………………………………………………………………………….

**III. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia, szczególnymi warunkami konkursu ofert, w tym wzorem umowy.

2. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie w Szpitalu Powiatowym we Wrześni spółka z o o w restrukturyzacji.

3 Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia …………………………………… do dnia ………………………………………

4. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnej umowy ubezpieczenia OC.

5. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego orzeczenia lekarza medycyny pracy o zdolności do wykonywania świadczeń zdrowotnych .

6. Zobowiązuje się do posiadania przez cały okres trwania umowy aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne.

7. Wyraża zgodę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przy użyciu sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej wyposażenie Szpitala .

8. Oświadcza, że wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych do celów rekrutacji.

Zgodnie z art.6 ust.1 lit.a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez "Szpital Powiatowy we Wrześni" Sp. z o.o. dla potrzeb aktualnej i przyszłej  rekrutacji.

9. Akceptuje szczegółowe warunki konkursu ofert oraz warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienie dla potrzeb niniejszego konkursu.

IV .Kwalifikacje zawodowe oferenta:

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

V. Dostępność – proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (podać dni i godziny, w których będą wykonywane świadczenia zdrowotne):

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

VI. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:

1. badania RTG całodobowo - ……………………………………………………… zł za godzinę,
2. badania TK planowe i pilne - ………………………………………………… zł za badanie.

VII. Płatność za wykonanie usługi będzie w formie przelewu na konto bankowe:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. (wpisać bank i nr konta)

VIII. **Do oferty załączam** :

1. Kserokopie dokumentów potwierdzających wpis do rejestrów: praktyk lekarskich , CEIDG zgodnie z zapisami w szczegółowych warunkach konkursu ofert

2. Kserokopia dokumentu potwierdzającego posiadanie kwalifikacje,

3. Kserokopia dyplomu ukończenia szkoły,

4. Kserokopia polisy OC lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jej przedstawienia w chwili podpisania umowy

5. Kserokopia orzeczenia lekarskiego medycyny pracy o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.

6. Kserokopia aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP, a w przypadku wykonywania usług w narażeniu na działanie pola elektromagnetycznego – również aktualnego zaświadczenia o szkoleniu BHP w zakresie obsługi urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne (tzw. w.cz.) lub pisemne oświadczenie o zobowiązaniu do jego przedstawienia w chwili podpisania umowy.

7. Oświadczenia

8. Zaświadczenie o niekaralności.

W przypadku osób, które udzielają świadczeń zdrowotnych u Udzielającego zamówienia, na dzień złożenia oferty, nie wymaga się przedłożenia w/w dokumentów., chyba, że są nieaktualna albo brakujące.

…………………………………………………. …………………………………………………. miejscowość i data podpis i pieczęć oferenta