

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTY

1. DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:

1. Firma / Imię i Nazwisko

.....

2. Siedziba / adres zamieszkania

3. Oznaczenie we właściwym rejestrze / nr wpisu do rejestru /OIL /

.....

4. NIP

5. Regon

6. PESEL.....

7. tel. kontaktowy/fax (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu).....

.....

8. e-mail (opcjonalnie - najszybszy sposób kontaktu)

.....

2. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

1) Rodzaj świadczeń: Usługi obrazowania medycznego

2) Zakres świadczeń:

Zakres : udzielanie świadczeń zdrowotnych przez elektroradiologów – wykonywanie TK, RTG

3. OPIS KOMPETENCJI *:

a) Tytuł zawodowy

b) Nr prawa wykonywania zawodu

c) Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone
zaświadczeniem / certyfikatem lub innym dokumentem)

.....

.....

Handwritten signature

d) Oferowana maksymalna liczba godzin udzielanych tygodniowo,
miesięcznie.....

e) Doświadczenie zawodowelat.

4. MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Świadczenia udzielane będą w lokalu Udzielającego zamówienia przy ul. Szpitalnej 1 i Zegadłowicza 3

5. WARUNKI PŁATNOŚCI

Termin złożenia faktury/rachunku wraz z załącznikiem potwierdzonym przez przedstawiciela Udzielającego zamówienia upływa 15 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym udzielane były świadczenia. Jeżeli prawidłowo sporządzona faktura/rachunek wraz z załącznikiem za dany miesiąc zostanie przedłożony do Kancelarii Udzielającego zamówienie w terminie, wypłata należności nastąpi na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie do 30 dni od daty złożenia.

6. TERMIN REALIZACJI

Na czas realizacji przez Udzielającego zamówienie świadczeń objętych zakresem niniejszej umowy w ramach kontraktu z NFZ i innych umowach.

Jeżeli w okresie obowiązywania niniejszej umowy z Udzielającym Zamówienie nie zostanie zawarty kolejny kontrakt lub kontrakty w zakresie objętym niniejszym postępowaniem konkursowym, umowa zawarta z wybranym Oferentem wygaśnie najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania kontraktu z NFZ.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

* w przypadku oferty składanej przez podmiot leczniczy zatrudniający personel medyczny, który będzie udzielał świadczeń w zakresie objętym postępowaniem konkursowym należy przestawić dane w żądanym zakresie **odrębnie dla każdej z osób, które będą udzielać świadczeń**; dane, wraz z informacjami odnoszącymi się do tych osób, można przedstawić w zestawieniu tabelarycznym

** niewłaściwe przekreślić

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że:
 - 1) Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - 2) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - 3) akceptuję projekt umowy.
2. **Wyrażam dobrowolną zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej Ofercie, przez Sosnowiecki Szpital Miejski sp. z o.o. w restrukturyzacji, 41-200 Sosnowiec, ul. Emila Zegadłowicza 3 w okresie 30 dni od ostatniego dnia składania ofert wyznaczonego przez Udzielającego Zamówienie na potrzeby przeprowadzenia postępowania konkursowego.**
3. W przypadku, gdy będę związany stosunkiem pracy z Udzielającym zamówienia, a moja oferta zostanie wyłoniona w konkursie (w przypadku osobistego udzielania świadczeń) zobowiązuję się do rozwiązania umowy o pracę przed dniem zawarcia umowy o świadczenia zdrowotne i oświadczam, że do porozumienia stron przystąpię dobrowolnie i nie będę rościł jakichkolwiek pretensji, z tytułu rozwiązania umowy o pracę za porozumieniem stron.
4. Oświadczam, że w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w najbliższym możliwym czasie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienie;
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń medycznych, oświadczam, że:
 - 1) wszystkie umowy zawarte z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą były i są realizowane przez Oferenta należycie,
 - 2) w ciągu ostatnich 5 lat, nie wnoszono wobec Oferenta skarg odnoszących się do realizacji umów z Podmiotami wykonującymi działalność leczniczą.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Śląskiego Wojewódzkiego Oddziału NFZ w zakresie sposobu i jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.
7. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
8. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
9. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty, jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka, podpis Oferenta)

Załącznik nr 3

do Szczegółowych warunków konkursu nr 01/01/2025

.....
(nazwa przedsiębiorstwa/ nazwisko i imię – osoba fizyczna)

..... (miejsowość, data)

.....

.....
(adres)

NIP

Regon

Pesel

.....

(tel. kontaktowy)

**OŚWIADCZENIE UDZIELAJĄCEGO ŚWIADCZEŃ NA RZECZ
SOSNOWIECKIEGO SZPITALA MIEJSKIEGO SP. Z O. O. W RESTRUKTURYZACJI**

Oświadczam, iż na dzień składania niniejszej informacji posiadam ważne prawo wykonywania zawodu, którego nie zostałem/am pozbawiony/a ani które nie zostało zawieszona, posiadam pełną zdolność do czynności prawnych, mój stan zdrowia pozwala na wykonywanie zawodu, nie byłem/am karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu ani ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego pisemnego powiadomienia o zmianach powyższego statusu.

Jestem świadomy o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(czytelny podpis osoby upoważnionej)



Załącznik nr 4 do Szczegółowych warunków konkursu nr **CA.1.0.01.2025**

FORMULARZ CENOWY

Zakres: Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez elektroradiologów

Świadczenia	Szacunkowa ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Proponowana przez Oferenta ilość godzin do zabezpieczenia miesięcznie	Cena jedn. brutto zł/godz.
1 Zakres : wykonywanie przez elektroradiologa badań TK, RTG	2 80	5zł/godz	5

.....dnia.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)

