####  Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**W KONKURSIE NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Niniejsza Oferta składana jest w odpowiedzi na Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę bloku operacyjnego okulistycznego w ordynacji dziennej w godzinach od 7.00 do 19.00 od poniedziałku do soboty , ogłoszony w dniu 19 maj 2023 r. przez Okręgowy Szpital Kolejowy w Katowicach – s.p.z.o.z. z siedzibą w Katowicach, przy ulicy Panewnickiej nr 65, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000102533.

**Podstawa prawna:** ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej
(tekst jednolity: Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.).

**Dane Oferenta:** nazwa i siedziba podmiotu wykonującego działalność leczniczą lub imię
i nazwisko oraz adres zamieszkania osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji
do udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

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

Adres:..................................................................................................................................................

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

Numer wpisu do właściwego rejestru: ..............................................................................................

Organ dokonujący wpisu do rejestru: ...............................................................................................

1. **Oświadczenia Oferenta:**
2. składając niniejszą Ofertę oświadczam, iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu,
3. oświadczam, że uważam się związany Ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert, a okres ten może zostać przedłużony na wniosek Udzielającego zamówienie i za moją zgodą.
4. **Oferowana cena za realizację zamówienia:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Zakres** | **Cena jedn. brutto** |
| Cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ordynacji dziennej w godzinach 7-19 od poniedziałku do soboty  | ……………..… PLN(słownie: ………………………) |
| Kwota prowizji od każdej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych | ……………..… PLN(słownie: ………………………) |

..............................dnia...............................

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

 Podpis Oferenta

**Załącznik nr 2**

##### OŚWIADCZENIE

##### O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

Adres z kodem ……………………………………………………………………………………

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

NIP.................................................................. REGON..................................................................

albo

PESEL ……………………………………………

tel. .........................................................…………..

e-mail:....................................................………….

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

* Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem ………...……………………….…….....
* nie dotyczy.

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

* Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
* nie dotyczy

Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do:

* Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez …..……………………....................................................podnumerem...............................

………………,dnia…………………

………………………………………………………………

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

\*Zaznaczyć właściwy

**Załącznik nr 3**

## OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się posiadaniem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych

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

Składając Ofertę na:

Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę bloku operacyjnego okulistycznego w ordynacji dziennej w godzinach od 7 do 19 od poniedziałku do soboty *OPO/18/K/2023*

oświadczam, że:

1. zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
2. zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
3. świadczenia zdrowotne będące przedmiotem Konkursu Ofert będą wykonywane przez osobę posiadającą odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie i uprawnienia do ich wykonywania zgodne z obowiązującymi
w Polsce przepisami;
4. osoby wskazane w załączniku nr 6A, które będą udzielać świadczenia zdrowotne, posiadają dokumenty poświadczające ich kwalifikacje i uprawnienia, tj:
5. wykształcenie medyczne,
6. specjalizację,
7. aktualne prawo wykonywania zawodu;
8. świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż. i BHP, z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie;
9. zobowiązuję się do zgodnego z zasadami ustalonymi u Udzielającego zamówienie użytkowania otrzymanych do korzystania pomieszczeń, aparatury i sprzętu medycznego oraz innych środków i sprzętu niezbędnego do udzielenia świadczenia zdrowotnego;
10. oświadczam, że nie posiadam zawartej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z Narodowym Funduszem Zdrowia.

……………….,dnia………………….

 …………………………………………………………

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

#### Załącznik nr 4

## OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

Składając Ofertę na:

Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę bloku operacyjnego okulistycznego w ordynacji dziennej w godzinach od 9.00 do 19.00 od poniedziałku do soboty *OPO/18/K/2023*

oświadczam, że:

* + - 1. kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej potwierdzająca objęcie ubezpieczeniem całej działalności będącej przedmiotem Umowy zostanie dostarczona przeze mnie najpóźniej na dzień przed jej podpisaniem,
			2. ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres trwania Umowy ze Szpitalem.

 dnia

……………………..…………………………………………………………..

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta

#### Załącznik nr 5

## OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

Składając Ofertę na:

Konkurs Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę bloku operacyjnego okulistycznego w ordynacji dziennej w godzinach od 7.00 do 19.00 od poniedziałku do soboty *OPO/18 /K/2023* oświadczam, że z pełną starannością zapoznałem się z Warunkami konkursu, zdobyłem konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpiszę umowę na warunkach określonych w projekcie umowy stanowiącym Załącznik nr 7.

 dnia

 ……………………………………………..

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta

#### Załącznik nr 6

## OŚWIADCZENIE

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą albo imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

Oświadczam, że nie ciążą na mnie prawomocne wyroki ani orzeczenia sądów powszechnych
i zawodowych związanych z wykonywanym zawodem.\*

 dnia

 ……………………………………….

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta

\*W przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą oświadczenie składają również osoby, które będą wykonywały świadczenia i zostały wskazane w załączniku nr 6A.

**Załącznik nr 6A**

Imienny wykaz osób, które będą udzielać świadczenia zdrowotne w ramach realizacji zamówienia

w zakresie: udzielenia świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę instrumentariuszkę bloku operacyjnego okulistycznego w ordynacji dziennej w godzinach od 7.00 do 19.00 od poniedziałku do soboty.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **Imię i Nazwisko** | **PESEL** | **Prawo wykonywania zawodu:****nr i data wydania** |
|  |  |  |  |

……………………… dnia …………………….

…………………………………………….

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli
 w imieniu Oferenta