**Załącznik nr 1 do SWKO**

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**NR POSTĘPOWANIA 6/2023**

# 1. Dane oferenta - Oferta indywidualna – w ramach prowadzonej działalności gospodarczej

Imię i nazwisko ................................................................……………………………….....................…………….…

Imię ojca: ………………………………………………………… imię matki: ………………………………………………………………

Nazwa prowadzonej działalności: ............................................................................................................. adres prowadzonej działalności: …………………………………………………………………………………………………………. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. adres zamieszkania (*wypełnić, jeśli jest inny niż powyżej*): miejscowość............................................................ kod pocztowy: ………………....................................... ulica.................................................................................................nr....................................................... e-mail...............................................................telefon do kontaktu..........................................................

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

Nr rachunku bankowego: .........................................................................................................................

PWZ: nr………………………………………wydane przez: …..……………………………………………………………………………. Organ rejestrowy (określenie izby lekarskiej): …………………………………………………………………………………………….

Nr księgi rejestrowej (RPWDL): …………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, iż (odpowiednie zaznaczyć i uzupełnić):

1. **Posiadane kwalifikacje zawodowe** (odpowiednie wypełnić):

Dyplom ukończenia\*…………………………………………………………………………………………………………………….. Nr dyplomu ……………………………………………………….. Data wydania dyplomu …………………………………..

Uzyskany tytuł\*\*: ………………………………………………………………………………………………………………………….

*\* np. Liceum Medyczne w ….Technikum medyczne w ……..., Szkoła wyższa (podać jaka) w ….. itp.*

*\*\* np. ratownik medyczny, licencjat ratownictwa medycznego, magister ratownictwa medycznego, pielęgniarz*

# 2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SOR/ Izba Przyjęć w SPZOZ w Kępnie na warunkach określonych w ogłoszeniu, SWKO i projekcie umowy.

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń:**

**-** świadczenia w ramach dni zwykłych: .................................godzin/miesiąc
- świadczenia w ramach dni świątecznych : .................................godzin/miesiąc

**3. Oferta cenowa:**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

1. świadczenia w ramach dni zwykłych ……………………………………………..zł (brutto) za godzinę\*
2. świadczenia w ramach dni świątecznych ………………………………………..zł (brutto) za godzinę\*

# 4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.11.2023r.** do dnia **31.10.2026r.**

# 5. Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 § 1 kk w związku z treścią art. 233 § 6 kk składając ofertę do postępowania konkursowego na świadczenie usług medycznych, niniejszym:

a) Oświadczam, że nie jestem karany za przestępstwa umyślne, zawodowe, skarbowe.

1. Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEDIG) i na dzień składania oferty prowadzę zarejestrowaną działalność gospodarczą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa,
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.
3. Oświadczam, ze wobec oferenta został spełniony obowiązek informacyjny wynikający z RODO.
4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych na potrzeby przeprowadzenia niniejszego postępowania jak i wykonanie obowiązków wynikających z powszechnie obowiązujących przepisów prawa w tym RODO.

Oświadczam, że wymagane w konkursie dokumenty (ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY) \*\*:

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

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

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

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

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

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

znajdują się w posiadaniu Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Kępnie i na dzień składania niniejszej oferty są aktualne.

*\*\*Wypełnić jeśli dotyczy*

Kępno, dnia ...........................................

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

 podpis oferenta

*ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:*

*1. Dokumenty kwalifikacyjne (dyplom ukończenia szkoły medycznej),*

*2. Wpis do CEDiG,*

*3.* *Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia ratownika medycznego wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone przepisami praca w tym zakresie.*

*4.* *Aktualne zaświadczenie o ukończonym szkoleniu BHP.*

*5*. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku ratownika medycznego*