**Załącznik nr 1 do SWKO**

**OFERTA NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**NR POSTĘPOWANIA 1/2023**

# 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):

 Posiadam specjalizację w dziedzinie ………………………………….................................. stopień specjalizacji …………………………, data uzyskania dyplomu specjalizacji: ……………………………………………

 Jestem w trakcie specjalizacji w dziedzinie ……………………………………………………………………………………, data rozpoczęcia specjalizacji ………………………………………………………………………………………………………..

 Nie posiadam specjalizacji/ nie jestem w trakcie specjalizacji

# 2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza Oddziału chirurgii ogólnej szpitala w SPZOZ w Kępnie na warunkach określonych w ogłoszeniu, SWKO i projekcie umowy.

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń:**

**- świadczenia w ramach dyżurów:** .................................godzin/miesiąc   
**- świadczenia w ramach pracy w dni robocze do 14:00 :** .................................godzin/miesiąc

**-** **pozostawanie w gotowości pod telefonem**:…………………………godzin / miesiąc

**3. Oferta cenowa:**

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:

1. pełnienie dyżuru medycznego ……………………………………………………….zł (brutto) za godzinę
2. świadczenia w ramach pracy w dni robocze do 14:00…………………….zł (brutto) za godzinę
3. pozostawanie w gotowości pod telefonem…………………….zł (brutto) za godzinę

# 4. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia **01.07.2023r.** do dnia **30.06.2024r.**

# 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.
5. Oświadczam, że obecnie pracuję w:
6. ................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*

1. ...................................................................................................................................................

na podstawie stosunku pracy\*, umowy cywilno-prawnej\*,

*\*Niewłaściwe skreślić*

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 uczelni medycznej, dyplom specjalizacji, prawo wykonywania zawodu),*

*2. Wpis do CEDiG,*

*3.* *Polisa ubezpieczeniowa OC od odpowiedzialności cywilnej na jedno i wszystkie zdarzenia lekarza wykonującego zawód na terenie Rzeczypospolitej Polskiej określone ustawą o zawodzie lekarza i lekarza dentysty wynikające z przepisów prawa jakie będą niezbędne w tym zakresie.*

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

*5*. *Aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy na stanowisku lekarza,*