**Załącznik nr 1 do *Szczegółowych warunków***

Goleniów, dnia .......................................

Pieczęć oferenta

**Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie spółka z o.o.**

**Ul. Nowogardzka 21**

**72-100 Goleniów**

**FORMULARZ OFERTOWY**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:**
2. Nazwa Oferenta[[1]](#footnote-1) ...........................................................................................................

……………………………………………………………………………………………….

1. Siedziba Oferenta[[2]](#footnote-2) ...........................................................................................................

………………………………………………………………………………………

1. Nazwisko[[3]](#footnote-3) .......................................................................................................................
2. Imiona[[4]](#footnote-4) ........................................................................................................................
3. Adres zamieszkania[[5]](#footnote-5) .......................................................................................................
4. Nazwa wykonywanej praktyki[[6]](#footnote-6) .....................................................................................
5. Siedziba praktyki (adres)[[7]](#footnote-7) ...............................................................................................
6. Nr wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej[[8]](#footnote-8) ..........................................................
7. Nr wpisu do rejestru właściwego wojewody[[9]](#footnote-9) ……………………………………………..
8. Nr wpisu w Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej/lub KRS[[10]](#footnote-10) ..............................
9. nr tel./fax. ……………………...……………………………………………………………
10. Adres e-mail .....................................................................................................................
11. NIP ..................................................................................................................................
12. Regon[[11]](#footnote-11)............................................................................................................................
13. **OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM OFERTY**
14. Rodzaj świadczeń - leczenie szpitalne
15. Zakres świadczeń (należy zaznaczyć **wyłącznie jeden** z poniższych zakresów świadczeń opisanych w ogłoszeniu o konkursie ofert)

🞏 świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert

🞏 świadczenia określone w **lit. a** oraz **b** ogłoszenia o konkursie ofert

🞏 świadczenia określone **w lit. a** oraz **c** ogłoszenia o konkursie ofert

🞏 świadczenia określone **w lit. a, c** oraz **d** ogłoszenia o konkursie ofert

1. **OPIS KOMPETENCJI:**

1) W przypadku, gdy oferentem jest podmiot leczniczy:

Lista imienna lekarzy, którzy wykonywać będą w imieniu oferenta (podmiotu leczniczego) świadczenia zdrowotne w Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie wraz ze wskazaniem ich tytułów zawodowych, nr prawa wykonywania zawodu, posiadanej specjalizacji (dziedzina specjalizacji, stopień specjalizacji), certyfikatów lub dyplomów potwierdzających nabycie przez lekarzy dodatkowych umiejętności, a w przypadku lekarzy będących w trakcie odbywania specjalizacji wskazania dziedziny w jakiej lekarz odbywa specjalizację, roku trwania specjalizacji, w przypadku lekarzy posiadających w innym państwie prawo wykonywania zawodu lekarza – informacje o złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu:

a) ………………………………………………………;

b) ……………………………………………………….;

c) ……………………………………………………….;

d) ………………………………………………………..;

2) W przypadku gdy oferentem jest lekarz / lekarz prowadzący praktykę zawodową:

1. Tytuł zawodowy ..............................................................................................................
2. Nr prawa wykonywania zawodu .....................................................................................
3. Nazwa uczelni/szkoły i kierunek ukończonych studiów/szkoły oraz Nr dyplomu uczelni/ szkoły...............................................................................................................................
4. Posiadana specjalizacja:
5. dziedzina specjalizacji .................................................................................................
6. stopień specjalizacji .....................................................................................................
7. nr dyplomu ...................................................................................................................
8. Posiadane dodatkowe umiejętności i kwalifikacje (kursy, szkolenia potwierdzone zaświadczeniem/ certyfikatem lub innym dokumentem) ................................................
9. w przypadku lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie – informacje o złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, informacje o statusie postępowania administracyjnego, wydanych decyzjach i ewentualnym przyznaniu przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu – .................................................................................................
10. **HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA:**
11. ilość dni i godzin pracy w tygodniu :

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

1. **OFERTA CENOWA:**
2. rodzaj jednostki rozliczeniowej ………………………………………………………
3. wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – należy wskazać wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową w zależności od zakresu świadczeń będących przedmiotem oferty

🞏 w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert)

🞏

🞏 w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone **w lit. a** oraz **b** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert)

🞏 w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone **w lit. a, b** oraz **c** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. c** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert)

🞏 w przypadku złożenia oferty obejmującej świadczenia określone **w lit. a, b, d** oraz **d** ogłoszenia o konkursie ofert

* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. b** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. d** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. c** ogłoszenia o konkursie ofert)
* wynagrodzenie brutto za jednostkę rozliczeniową – ……………………… (świadczenia określone w **lit. a** ogłoszenia o konkursie ofert)

1. **INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH:**

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

1. **WNOSZĘ O WPISANIE DO UMOWY NUMERU RACHUNKU BANKOWEGO:**

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

1. **OFERENT OŚWIADCZA:**
   * 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze wszystkimi informacjami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych Szpitalnego Centrum Medycznego w Goleniowie spółka z o.o.
     2. będę wykonywał świadczenia objęte umową z Szpitalnym Centrum Medycznym w Goleniowie sp. z o.o. w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury Szpitala,
     3. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych złożoną ofertą[[12]](#footnote-12);
     4. spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
     5. posiadam ubezpieczenie o odpowiedzialności cywilnej /zawrę umowę o odpowiedzialności cywilnej i dostarczę kopię polisy OC do dnia zawarcia umowy\*;
     6. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym,
     7. w przypadku akceptacji złożonej przeze mnie oferty i ewentualnie po przeprowadzonych negocjacjach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, w tym szczegółowym opisem przedmiotu postępowania w miejscu i terminie określonym przez Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie spółka z o.o..
2. **DO FORMULARZA OFERTOWEGO NALEŻY ZAŁĄCZYĆ:**

1) kopie dokumentów potwierdzających kompetencje oferenta/lekarzy wykonujących świadczenia w imieniu oferenta tj.:

a) dyplom ukończenia studiów

b) prawo wykonywania zawodu

c) dokumenty potwierdzające uzyskane kwalifikacje (dyplom specjalizacji, certyfikaty, zaświadczenia ukończenia kursów specjalizacyjnych, kwalifikacyjnych oraz inne dokumenty potwierdzające uzyskane kompetencje)

d) dokumenty potwierdzające złożeniu wniosku o wydanie decyzji, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wydane decyzje oraz potwierdzenie przyznania przez okręgową radę lekarską prawa wykonywania zawodu[[13]](#footnote-13)

2) kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta[[14]](#footnote-14):

a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę[[15]](#footnote-15) /zaświadczenie z rejestru praktyk zawodowych prowadzonego przez właściwą radę okręgowej izby lekarskiej[[16]](#footnote-16) ;

b) wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej lub do Krajowego Rejestru Sądowego;

3) zaświadczenie o nadaniu numeru Regon[[17]](#footnote-17);

4) zaświadczenie o nadaniu numeru NIP;

5) oryginał pełnomocnictwa lub kopię poświadczoną notarialnie w przypadku, o którym mowa w § 5 ust. 5 Szczegółowych warunków.

……………………………

podpis oferenta

\*zaznaczyć właściwe

**Załącznik nr 2 do *Szczegółowych warunków***

## OZNACZENIE OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

|  |
| --- |
| **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.**  **OFERTA: Konkurs ofert 2022 (rok)**  **.......................................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert) |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem) |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) |
| (oferent – pieczęć, podpis, data) |

**Załącznik nr 3 do *Szczegółowych warunków***

## POTWIERDZENIE ZŁOŻENIA OFERTY/ UZUPEŁNIENIA OFERTY/ WYCOFANIA OFERTY

|  |  |
| --- | --- |
| **Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.**  **OFERTA: Konkurs ofert 2022 (rok)**  **..............................................................................................................................**  (nazwa rodzaju i zakresu świadczeń będącego przedmiotem postępowania  - zgodnie z ogłoszeniem o konkursie ofert ) | |
| (pełna nazwa oferenta - zgodna z właściwym rejestrem) | |
| (adres siedziby oferenta - zgodny z właściwym rejestrem) | |
| (data złożenia oferty: dd.mm.rrrr) | (numer z rejestru ofert) |
| Szpitalne Centrum Medyczne w Goleniowie sp. z o.o.  - potwierdzenie złożenia oferty: pieczęć, podpis, data) | |

1. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-1)
2. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-2)
3. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-3)
4. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-4)
5. dot. lekarzy i lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-5)
6. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-6)
7. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-7)
8. dot. tylko lekarzy prowadzących praktykę zawodową [↑](#footnote-ref-8)
9. dot. tylko podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-9)
10. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-10)
11. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą. [↑](#footnote-ref-11)
12. dot. lekarzy prowadzących praktyki zawodowe [↑](#footnote-ref-12)
13. dot. lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu lekarza w innym państwie [↑](#footnote-ref-13)
14. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą [↑](#footnote-ref-14)
15. dot. podmiotu leczniczego [↑](#footnote-ref-15)
16. dot. praktyki zawodowej [↑](#footnote-ref-16)
17. dot. tylko podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli było wydane) [↑](#footnote-ref-17)