Załącznik nr 1 do SWKO

Szpital Miejski Specjalistyczny

im. Gabriela Narutowicza

ul. Prądnicka 35-37

31-202 Kraków

**OFERTA**

**Dotyczy konkursu ofert na pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziałach Szpitalnych w Szpitalu Miejskim Specjalistycznym im. Gabriela Narutowicza w Krakowie.**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu …………….………….. przez Szpital Miejski Specjalistyczny im. Gabriela Narutowicza w Krakowie składam ofertę na **pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale …………………………………………………… :**

1. **Dane o oferencie**

Pełna nazwa oferenta : ……………………………………………………………………………………………

Imię : ………………………………………………………….

Nazwisko : …………………………………………………..

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr : ………………………………

Wydane przez …………………………………………………………………………………………………………

Wpisanym do rejestru ……………………………………………………………………………………………..

pod nr ……………………………………………………………………………………. prowadzonego przez

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

Adres oferenta : ……………………………………………………………………………………………………..

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

Telefon nr : …………………………………………………..

Bank ………………………………………………… Nr konta …………………………………………………….

NIP …………………………………………………. REGON ……………………………………………………….

1. **Przedmiot oferty**

Dyżury będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy i będą udzielane wg harmonogramu ustalanego na każdy miesiąc przez Strony dla każdego Oddziału.

Przyjmujący zamówienie do formularza ofertowego dołączy wykaz lekarzy przez, których będą udzielane świadczenia zdrowotne (należy podać imię i nazwisko, kwalifikacje, PESEL) – załączniki nr 3 do oferty.

1. **Cena oferty i warunki płatności**

Za udzielone świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania proponuję następujące ceny za godzinę pełnienia dyżuru w oddziale szpitalnym (dla każdego Oddziału proszę podać oddzielnie cenę) – jako załączniki do oferty :

- lekarz specjalista (dyżur świąteczny/dyżur w dzień zwykły) ……….…/….……. zł brutto za godzinę dyżuru,

- lekarz w trakcie specjalizacji (dyżur świąteczny/dyżur w dzień zwykły) …….……/……..…. zł brutto za godzinę dyżuru.

1. W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
2. W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuję się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
3. Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
4. **Oświadczenia**
5. Oświadczam, że nie byłem(am) karany(a) i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne,\*
6. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia i warunków konkursu ofert na świadczenia zdrowotne, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i akceptuję jako integralną część umowy,
7. Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych i przyjmuję je bez zastrzeżeń,
8. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla pacjentów indywidualnych i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.\*
9. **Załączniki do oferty** (wymienić niżej załączone do oferty zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu)

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

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

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

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

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

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

Data : ……………………………………. ……………………………………………….. Pieczątka i podpis oferenta

\*)niepotrzebne skreślić