**Załącznik nr 1 do SWK**

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

1. **DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| FIRMA | |  |
| Imię i nazwisko | |  |
| ADRES DZIAŁALNOŚCI | Kod pocztowy |  |
| Poczta |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/mieszkania |  |
| REGON | |  |
| NIP | |  |
| Telefon | |  |

1. **OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**
2. Jest wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
3. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń.
4. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
5. Nie był karany sądownie.
6. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym  
   i prawnym, na dzień złożenia oferty.
7. Wyraża zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
8. **WARUNKI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj świadczenia | Cena brutto  za 1 godz. |
|  |  |
| pełnienia kompleksowej opieki lekarskiej nad osobami leczonymi w dniu powszednie, a w szczególności: badania echokardilogiczne, próby wysiłkowe, odczyt i interpretacja holterów, prowadzenie dokumentacji medycznej w Beskidzkim Zespole Leczniczo – Rehabilitacyjnym Szpitalu Opieki Długoterminowej w Jaworzu przez średnio 76 godzin miesięcznie. |  |

Proponowany czas trwania umowy: od 01.01.2024 r. do

1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
2. kserokopia dyplomu;
3. kserokopia dyplomu specjalizacji lub karty specjalizacyjnej (jeżeli dotyczy);
4. kserokopia prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
5. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy);
6. polisa od odpowiedzialności podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne lub dołączone oświadczenie, że zostanie zawarta przed podpisaniem umowy;
7. orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do udzielania świadczeń zdrowotnych na stanowisku, o które ubiega się oferent lub dołączone oświadczenie, że zostanie dostarczone przed podpisaniem umowy,
8. kserokopie innych dokumentów potwierdzających kwalifikacje wymagane w poszczególnych zakresach ogłoszenia - kursy, szkolenia, potwierdzenie doświadczenia zawodowego (jeżeli dotyczy);
9. dokumenty potwierdzające staż pracy.

**Oświadczenia i dokumenty złożone w języku obcym powinny być przetłumaczone przez tłumacza przysięgłego.**

**Kserokopia tekstu tłumaczenia wraz z kserokopią dokumentu oryginalnego należy dołączyć do oferty.**

**Kserokopia każdego załączonego dokumentu musi być poświadczona „*za zgodność z oryginałem*” przez**

**Oferenta, opatrzone podpisem Oferenta i w miarę możliwości pieczątką imienną.**

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

podpis Oferenta