**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2018-POR-1c**

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

 (pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

**Kontaktowy e-mail (czytelnie):**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktowy nr telefonu:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kontaktowy nr faksu:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma oferenta:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Adres:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nr NIP:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nr REGON:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### O Ś W I A D C Z E N I A

Przystępując do konkursu ofert **KOD:2018-POR-1c** **oświadczam, że:**

1. jestem (*proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola*):

□⁭ **praktyką zawodową**, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez organ rejestrowy: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pod numerem księgi rejestrowej: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

albo

□⁭ **osobą fizyczną** inną niż wymieniona powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny.

1. jestem **podmiotem gospodarczym** wpisanym do (*proszę zaznaczyć i wypełnić właściwe pola*):

□⁭**Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**

albo

□⁭**Ewidencji Działalności Gospodarczej**

*(zaznaczyć i wypełnić poniższe pola tylko w przypadku jeżeli danych podmiotu nie ma w CEIDG, tzn. jeżeli właściwy organ ewidencyjny, urząd miasta lub gmina nie przekazały do CEIDG danych znajdujących się w prowadzonych przez nie ewidencjach)*

prowadzonej przez: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

pod numerem: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Oświadczam, że:**

1. Spełniam wymagania właściwe dla *"Przyjmujących zamówienie"* w rozumieniu art. 26 ust. 1. *Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,* mogę ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
	* 1. posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym:

- wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,

* + 1. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
		2. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
1. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w *Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*,
2. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia faktury,
3. Uważam się za związanego złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. Zapoznałem się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
5. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
6. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,
7. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuję się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu przeze mnie postępowania konkursowego.
8. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.
9. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w przedstawionych przeze mnie dokumentach w celu przeprowadzania niniejszego postępowania konkursowego, zgodnie z *Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych* (Dz.U.2018.1000 z dnia 2018.05.24 ze zm.).
10. Jeżeli w momencie składania oferty Oferent nie ma statusu aktywnego podmiotu gospodarczego w CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ (CEIDG), wybrany w postępowaniu konkursowym do realizacji świadczeń Oferent zobowiązany jest do aktywowania działalności gospodarczej tj. zmiany "statusu indywidualnej działalności gospodarczej" w CEIDG na "aktywny" najpóźniej od pierwszego dnia udzielenia świadczeń.

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **dnia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (**miejscowość**) (**pieczątka** i **podpis** osoby uprawnionej)

**Załącznik nr 2 do SWKO – Formularz Ofertowy**

**KOD: 2018-POR-1c**

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

 (pieczęć firmowa Oferenta)

**Dane Oferenta:**

**Firma oferenta i adres:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#### F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2018-POR-1c** **oferuję realizację zamówienia za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena** **[ % ]** |
| 1 | **ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE LEKARSKIE** **W PORADNI ONKOLOGICZNEJ**  | **PROCENTOWA WARTOŚĆ ŚWIADZCZEŃ** | ……………………… % |

**PROPONOWANY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

**PORADNIA ONKOLOGICZNA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **PONIEDZIAŁEK** | **WTOREK** | **ŚRODA** | **CZWARTEK** | **PIĄTEK** |
| [dostępność gabinetów 14.35 – 20.00] | [dostępność gabinetów 14.35 – 20.00] | [dostępność gabinetów 14.35 – 20.00] | [dostępność gabinetów 14.35 – 20.00] | [dostępność gabinetów 14.35 – 20.00] |
| **godz.:** ……………………… | **godz.:** ……………………… | **godz.:** ……………………… | **godz.:** ……………………… | **godz.:** ……………………… |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **dnia:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (**miejscowość**) (**pieczątka** i **podpis** osoby uprawnionej)