**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2021-AIT-2**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

**Kontaktowy e-mail (**czytelnie):…………………………………………….

**Kontaktowy nr telefonu:**………………………………………………………

**Kontaktowy nr faksu:**………………………………………………………….

**Nazwa oferenta:**………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………

**Adres:**………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………….

**Nr NIP:** …………………….…………………………..

**Nr REGON:** …………………….…………………….

#### OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2021-AIT-2** **oświadczam, że:**

1. Jestem podmiotem gospodarczym wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

2. Jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:

a) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym

- wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;

b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;

c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.

3. 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,

*Proszę podać numer księgi praktyki zawodowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą* [ https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/ ]

…………………………………….…………………………………

4. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,

5. Uważam się za związanego/ą złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,

6. Zapoznałem/am się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO, załącznikach 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,

7. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,

8. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,

9. 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 przez Oferenta postępowania konkursowego.

10. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.

................................., dnia ............................ ..................................................................

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2021-AIT-2**

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

(pieczęć firmowa Oferenta)

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

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2021-AIT-2**

1a/ oferuję realizację **Pakietu 1 za cenę:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa** | **Jednostka kontraktowa** | **Oferowana cena brutto**  **[zł / godzinę]** |
| 1 | **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ LEKARSKICH W ZAKRESIE ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII** | 1 godzina | ……………………………………… |

1b/ oferuję realizację **Pakietu 1 w ramach dostępności:**

|  |  |
| --- | --- |
| **DOSTĘPNOŚĆ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ Pakiet 1**  minimalna średnioroczna dostępność - **80 godzin w miesiącu** | ……………………………………………………………….  ***Średnia ilość godzin w miesiącu*** *(minimum 80 godzin)* |

2a/ oferuję realizację **Pakietu 2 w ramach wartości procentowej udzielonych świadczeń:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa** | **Jednostka rozliczeniowa** |
| **Wykonywanie znieczuleń do zabiegów planowych** | **% wartości zrealizowanych procedur medycznych** |
| Procedury małe | ……………………………………….% |
| Procedury średnie | ……………………………………….% |
| Procedury duże | ……………………………………….% |

\* *Udzielający zamówienia zapewnia właściwe pomieszczenia, potrzebne wyroby medyczne, sprzęt jednorazowy, materiały, leki, asystę personelu pielęgniarskiego etc. Kwalifikacje danej procedury do danej grupy rozliczeniowej (procedury: małe, średnie, duże) będą dokonywane dla konkretnych zabiegów przez upoważnionego lekarza Udzielającego zamówienie w konsultacji z lekarzem wykonującym znieczulenie*

c/ Oświadczam, że posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń, jako lekarz specjalista anestezjologii i intensywnej terapii na bloku operacyjnym i w oddziale a.i.i.t.

Wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia w ramach posiadanej specjalizacji zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

................................., dnia ............................ ..................................................................

/miejscowość/ /pieczątka i podpis osoby uprawnionej/