

.....
(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 2022-LEK-CHIR-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

/miejsowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 9372662340 REGON 242865296
- 1 -

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
- Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. Lech Wędrychowicz

2022 -06- 1 0

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu 2022-LEK-CHIR-2 oferuję realizację zamówienia:

Wymagania dla Oferenta:

- lekarz specjalista w dziedzinie chirurgii ogólnej lub chirurgii onkologicznej, lub urologii, lub lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie urologii
(kopię dyplomu specjalizacji lub innego właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)

Pakiet 1 – udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji komórek organizacyjnych od poniedziałku do piątku w godz. 7:00 – 14:35, w miesięcznym wymiarze godzinowym odpowiadającym pełnemu etatowi (159 godz. 15 min. / m-c)

Cena świadczenia (zł brutto/godzinę)
---	-------

Pakiet 2 – udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów lekarskich (w ramach czasowych: od poniedziałku-piątku w godzinach 14:35 – 7:00; w soboty-niedziele całodobowo) w wymiarze nie mniejszym niż 49 godzin 15 minut miesięcznie

Cena świadczenia (zł brutto/godzinę)
---	-------

Oświadczam, że posiadam doświadczenie w zakresie objętym postępowaniem konkursowym.

Wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia zgodnie z posiadanymi kompetencjami i projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

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

....., dnia
/miejsowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii - Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 9372662340, REGON 242865296

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
- Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. Lech Wędrychowicz

2022 -06- 1 0