

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

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

Kontaktowy nr telefonu:.....

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres:.....

.....

Nr NIP:

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2023-AIT-1 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

/miejsce/

.....
/pieczęćka i podpis osoby uprawnionej/

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Pakiet 1: planowe lub całodobowe udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii realizowane w Oddziałach Anestezjologii i Intensywnej Terapii w obu lokalizacjach Udzielającego zamówienia

Pakiet 2:

całodobowe udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii realizowane w komórkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia (wykonywanie specjalistycznych konsultacji, podejmowanie czynności ratujących życie i zdrowie pacjenta, wykonywanie znieczuleń i innych czynności celem zabezpieczenia m.in.: zabiegów operacyjnych, porodów, świadczeń diagnostyki inwazyjnej lub innych świadczeń zdrowotnych w oddziałach, w izbach przyjęć, na blokach operacyjnych i porodowym, w pracowniach lub w innych komórkach Udzielającego zamówienia zgodnie z bieżącymi potrzebami)

Przystępując do konkursu ofert KOD: 2023-AIT-1, PROSZĘ WYBRAĆ JEDNĄ Z PONIŻSZYCH OPCJI (CZĘŚĆ A albo CZĘŚĆ B formularza)

Część A - SKŁADAM OFERTĘ NA JEDEN PAKIET

1/ Proszę podać numer pakietu	Wybieram Pakiet nr
2/ Oferuję realizację Pakietu za cenę	Oferowana cena brutto [zł / godzinę]
3/ DOSTĘPNOŚĆ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ minimalna średniomiesięczna dostępność - 100 godzin w miesiącu Średnia ilość godzin w miesiącu (minimum 100 godzin)
Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie 3-lata) lat Posiadane doświadczenie (minimum 3 lata)

Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany w formularzu ofertowym.

Składając ofertę, 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

/miejsowość/

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

2023 -05- 2 6

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

Część B - SKŁADAM OFERTĘ NA OBA PAKIETY

Minimalna średniomiesięczna łączna dostępność dla obu Pakietów - **160 godzin w miesiącu, może być dowolnie rozdzielona między Pakiet 1 i Pakiet 2.**

Należy wypełnić obie tabele. Suma dostępności godzinowej deklarowanej w obu tabelach nie może być mniejsza niż 160 godzin (np. Pakiet 1 – 0; Pakiet 2 – 160; Pakiet 1 – 60, Pakiet 2 – 100; etc.)

PAKIET nr 1	
1/ Oferuję realizację Pakietu za cenę	Oferowana cena brutto [zł / godzinę]
2/ DOSTĘPNOŚĆ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ramach minimalnej średniomiesięcznej łącznej dostępności dla obu Pakietów 160 godzin w miesiącu Średnia ilość godzin w miesiącu dla Pakietu 1
3/ Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie 3-lata) lat Posiadane doświadczenie (minimum 3 lata)

PAKIET nr 2	
1/ Oferuję realizację Pakietu za cenę	Oferowana cena brutto [zł / godzinę]
2/ DOSTĘPNOŚĆ DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ W ramach minimalnej średniomiesięcznej łącznej dostępności dla obu Pakietów 160 godzin w miesiącu Średnia ilość godzin w miesiącu dla Pakietu 2
3/ Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie 3-lata) lat Posiadane doświadczenie (minimum 3 lata)

Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany w formularzu ofertowym.

Składając ofertę, 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/

.....

/pieczęć i podpis osoby uprawnionej/