**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2023-PHD-2**

Dane Oferenta:

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

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

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

………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………….

**Nr NIP:** …………………….…………………………..

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2023-PHD-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 podpis / pieczątka osoby uprawnionej

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2023-PHD-2**

**Nazwa Oferenta:**

……………………………………………………………..

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

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

Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w zakresie opieki paliatywnej, hospicyjnej i długoterminowej **KOD: 2023-PHD-2** oferuję realizację zamówienia**:**

**Pakiet 1 – Oddział Medycyny Paliatywnej**

Wymagania dla Oferenta *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*:

-grupa 1: lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej,

-grupa 2: lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej,

lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia dokształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Dostępność Oferenta** (godz. / mc) | ………………………………………………………  Średnia ilość godzin w miesiącu |
| **Cena świadczenia (**zł brutto/godz.**)** | ………………………………………………………  Stawka (zł brutto / godz.) |
| **Doświadczenie Oferenta** (lata) | ………………………………………………….. lat  Posiadane doświadczenie |

**Pakiet 2 – Poradnia Medycyny Paliatywnej**

Wymagania dla Oferenta *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*:

-grupa 1: lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej,

-grupa 2: lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Dostępność Oferenta** (minimalna średnia tygodniowa dostępność: 2 godz. i 30 min. / tydzień) | ……………………………………………………………….  Ilość godzin w tygodniu (minimum 2 godz. i 30 min.) |
| **Cena świadczenia (**zł brutto/godz.**)** | ………………………………………………………  Stawka (zł brutto / godz.) |
| **Doświadczenie Oferenta** (lata) | ………………………………………………….. lat  Posiadane doświadczenie |

**Pakiet 3 - Hospicjum Domowe**

Wymagania dla Oferenta *(kopię dyplomu specjalizacji / kursu / właściwego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*:

-grupa 1: lekarz specjalista w dziedzinie medycyny paliatywnej,

-grupa 2: lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej,

lub lekarz legitymujący się dokumentem ukończenia kursu zgodnego z programem specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej dotyczącego problematyki bólu, objawów somatycznych i psychicznych, organizowanego przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego lub wyższą uczelnię medyczną posiadającą uprawnienia dokształcenia przeddyplomowego lub podyplomowego lekarzy lub jednostkę posiadającą akredytację do prowadzenia specjalizacji w dziedzinie medycyny paliatywnej

|  |  |
| --- | --- |
| **Dostępność Oferenta** (ilość pacjentów, którą Oferent obejmie jednoczasowo opieką) | ……………………………………………………..  (ilość pacjentów) |
| **Cena świadczenia** (za 1 wizytę w ramach H.D.) | ………………………………………………………  Stawka (zł brutto/ za 1 wizytę) |
| **Doświadczenie Oferenta** (lata) | ………………………………………………….. lat  Posiadane doświadczenie |

1/ Oświadczam, że w poprzednich 12 miesiącach udzielałam/-em świadczeń zdrowotnych objętych zakresem niniejszego konkursu przez okres co najmniej 6 miesięcy ***(właściwe zaznaczyć [X])***

**TAK [ ]** albo **NIE [ ]**

2/ Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany przeze mnie w formularzu ofertowym.

3/ Wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia w zakresie pakietów, na które składam ofertę, w ramach posiadanych kompetencji i zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

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

5/ Oświadczam, że wszystkie podane przeze informacje są prawdziwe, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty i w razie potrzeby wyrażam gotowość do poddania się weryfikacji w/w informacji przez Udzielającego zamówienie np. poprzez przedstawienie stosownych dokumentów.

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

miejscowość podpis / pieczątka osoby uprawnionej