**Załącznik nr 1 do SWKO**

**KOD: 2024-LEK-PAT-1**

Dane Oferenta:

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

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

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

………………………………………………………………………………………

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

……………………………………………………………………………………….

**Nr NIP:** …………………….…………………………..

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2024-LEK-PAT-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.

11. *(Jeżeli dotyczy)* W sytuacji wyboru mojej oferty na realizację świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym postępowaniem konkursowym, wyrażam gotowość rozwiązania umowy o pracę\* za porozumieniem stron w terminie pozwalającym na uniknięcie sytuacji zbiegu umów (równoległego zatrudnienia na podstawie odrębnych umów).

*\* Po zawarciu umowy na świadczenia będące przedmiotem niniejszego konkursu, Oferent nie może być zatrudniony u Udzielającego zamówienie (BCO-SM) w oparciu o umowę o pracę. W przypadku Oferentów przystępujących do konkursu ofert, którzy w momencie składania oferty mają status pracownika Udzielającego zamówienie udzielającego świadczeń zdrowotnych w oparciu o umowę o pracę, a których umowa nie wygaśnie po okresie procedowania niniejszego postępowania i w momencie zawarcia umowy kontraktowej, oferent składając ofertę, wyraża gotowość rozwiązania w/w umowy w trybie opisanym w ust. 11 (powyżej).*

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

 miejscowość podpis / pieczątka osoby uprawnionej

**Załącznik nr 2 do SWKO**

**KOD: 2024-LEK-PAT-1**

**Nazwa Oferenta:**

……………………………………………………………..

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

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

1/ Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne udzielane przez **lekarzy w zakresie patomorfologii** KOD: **2024-LEK-PAT-1** oferuję realizację zamówienia**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **1/ Dostępność Oferenta** (godz. / miesiąc) | ……………………………………………………Średnia ilość godzin w miesiącu (**minimalnie 120 godzin dostępności)** |
| **2/ Doświadczenie\* Oferenta** (lata) | ………………………………………………….. latPosiadane **doświadczenie** **(minimalne doświadczenie 2 lata)** |
| **3/ Stawka ryczałtowa** (zł brutto/miesiąc) | …………………………………….. zł brutto/miesiąc**Stawka ryczałtowa** udzielania świadczeń  |

*\*posiadanie doświadczenia w pracy w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, udzielanych jako lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii*

2/ W sytuacji zaoferowania przez lekarzy dyspozycyjności przekraczającej istniejące zapotrzebowanie na realizację świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, Udzielający zamówienia nie gwarantuje oferentom możliwości pracy w wymiarze przekraczającym bieżące potrzeby szpitala.

3/ Wymagania dla Oferenta dot. kwalifikacji medycznych *(kopię dyplomu specjalizacji / innego właściwego, równoważnego dokumentu należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)*:

lekarz specjalista w dziedzinie patomorfologii (lub równoważny)

4/ 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 [ ]**

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

6/ Wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia, w ramach posiadanych kompetencji i zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

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

8/ 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