**Załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu**

Konkursu na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie ginekologii i położnictwa Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki”

**FORMULARZ OFERTY:**

Oferta zawiera …………. kolejno ponumerowanych i zapisanych stron.

1. **Dane o oferencie:**

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego lub osoby legitymującej się wymaganymi kwalifikacjami do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny objętych prowadzonym postępowaniem (praktyki zawodowe)

……………………….………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………….

oraz numer księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą ……………………………….................................

NIP: …………………………….. Regon: ……………………………

|  |
| --- |
| 1. **Doświadczenie Oferenta** w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie ginekologii i położnictwa *(proszę podać miejsca świadczenia usług medycznych, ich rodzaj i okres świadczenia usług medycznych w każdym z wymienionych miejsc w latach i miesiącach)*

*…………………………………………………………………………………………………………….**…………………………………………………………………………………………………………….*1. Proponowana stawka: *(wybrać odpowiednie Pakiety lub Pakiet)*

PAKIET 1………. zł brutto za godz. udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z §1 ust 1 PAKIET I **PAKIET 2**…….…% wartości prawidłowo rozliczonego z NFZ punktu rozliczeniowego za udzielone świadczenia medyczne w Zespole Poradni Specjalistycznych. **PAKIET 3**…….…% wartości prawidłowo rozliczonego z NFZ punktu rozliczeniowego za wykonywanie jednego badania ultrasonograficznych w zakresie realizacji programu badań prenatalnych.PAKIET 4………. zł brutto za godz. udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z §1 ust 1 PAKIET 4 **PAKIET 5**…….…% wartości prawidłowo rozliczonego z NFZ punktu rozliczeniowego za udzielone świadczenia medyczne w Zespole Poradni Specjalistycznych. 1. **Oświadczenia oferenta:**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w Instytucie „Centrum Zdrowia Matki Polki” oraz z Zarządzeniem Nr 74/2024 Dyrektora Instytutu „Centrum Zdrowia Matki Polki” z dnia 02.09.2024 r.
3. Oświadczam, że zapoznałem/am się z projektem umowy przygotowanym przez Udzielającego zamówienie i go akceptuję,
4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty,
5. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną,
6. Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie ICZMP i nie zgłaszam do nich uwag.
7. Oświadczam, że podczas obowiązywania umowy nie będę pozostawać w stosunku pracy z Udzielającym Zamówienia w zakresie pokrywającym się z przedmiotem postępowania.
8. Oświadczam, że posiadam wykształcenie i kwalifikacje zgodne z Regulaminem konkursu.
9. Oświadczam, że posiadam aktualne badania lekarskie niezbędne do wykonywania zawodu i udzielania świadczeń zdrowotnych
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, respektując prawa pacjenta oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej,
11. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w ciągu 15 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu,
12. Zobowiązuję się do rozwiązania stosunku pracy lub innego z Instytutem Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, ul. Rzgowska 281/289, 93-338 Łódź, ze skutkiem rozwiązującym na dzień poprzedzający termin rozpoczęcia udzielania świadczeń umowy (jeśli dotyczy).
13. Zobowiązuje się do przedłożenia oświadczeń, informacji oraz zaświadczeń o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego o których mowa w art. 21 i nast. Ustawy z dnia 13 maja 2016r o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich (Dz.U.2023.1304 t.j.) najpóźniej do dnia podpisania umowy.

Łódź; dnia …………………………….  *…………………………. (podpis Oferenta)* |
|  |

Wykaz załączonych dokumentów:

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią szczegółowych warunków konkursu oraz oświadczenie oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy, zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty;
2. Wypis z rejestru, o którym mowa w art. 106 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
3. Wypis z właściwego rejestru (wydruk z KRS lub CEiDG), wystawione nie wcześniej niż na trzy miesiące przed terminem składania ofert,
4. Kopię dokumentów stwierdzających posiadanie wymaganych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych;
5. Pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzana przez pełnomocnika;
6. Kopia umowy ubezpieczenia lub zobowiązanie do przedstawienia kopii umowy ubezpieczenia (najpóźniej w dniu podpisania umowy) od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu oferowanego świadczenia medycznego;
7. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych, jeśli dotyczy;
8. Oświadczenie o wyrażeniu zgody na przetwarzanie danych osobowych w zakresie niezbędnym do przeprowadzenia konkursu, przy zachowaniu jawności postępowania konkursowego i wyniku konkursu (Załącznik nr 2 do Regulaminu konkursu).

Łódź, dnia ……………. …………………………………..

 Podpis Oferenta lub osoby uprawnionej

 do reprezentowania Oferenta i pieczątka Oferenta