

FORMULARZ OFERTOWY

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW
Gminnego Ośrodka Zdrowia w Stawigudzie**

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

.....

Adres siedziby (ulica, kod – miasto)

.....

Imię i Nazwisko

.....

PESEL

.....

Numer REGON:

.....

Numer NIP:

.....

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

.....

2. DANE DOTYCZĄCE UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE**Gminny Ośrodek Zdrowia w Stawigudzie**

e-mail: SPZOZ@STAWIGUDA.PL

godziny urzędowania: 8⁰⁰ – 18⁰⁰

3. Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie dla zamówienia prowadzonego w trybie Konkursu Ofert na:

**KONKURS OFERT NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
PRZEZ LEKARZY W RAMACH PORADNI MEDYCYNY RODZINNEJ
W Gminnym Ośrodku Zdrowia w Stawigudzie**

oferuję, następująco:

Lp.	Opis przedmiotu zamówienia		j.m.	ilość	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VA T	Wartość brutto
					[zł]	[zł]	[%]	[zł]
1	2		3	4	5	6	7	8
1	Poradnia Medycyny Rodzinnej	Termin realizacji od 1 stycznia 2024 r. do r.	[h]					
Razem ogółem:								

4. OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

- 1) W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
- 2) Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)¹:
 - do 1 roku
 - od 1 do 5 roku
 - powyżej 5 roku
- 3) Specjalizacja w dziedzinie
- 4) Nr dokumentu specjalizacji
- 5) Posiadany tytuł naukowy
- 6) **Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia**, którego dotyczy oferta (certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):
 - a)
 - b)
- 7) Zapoznaliśmy się ze specyfikacją warunków konkursu, nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.
- 8) Uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu
- 9) Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.*

¹) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

5. DOKUMENTY

- 1) Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:
 - a)
 - b)
 - c)
- 2) Wskazuję, że wymagane dokumenty, o których mowa w **Załączniku Nr 2 do SWZ** dotyczące Przyjmującego zamówienie dostępne są pod następującym adresem ogólnodostępnej bezpłatnej bazy danych²:

<https://ems.ms.gov.pl>

Krajowy Rejestr Sądowy **KRS** nr

<https://prod.ceidg.gov.pl>

Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej

NIP:

<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>

Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

Numer księgi rejestrowej:

¹ Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.

<https://rejestr.nil.org.pl/>

Centralny Rejestr Lekarzy

Numer prawa wykonywania zawodu:

inny właściwy rejestr, nazwa rejestru,

nr wpisu (jeśli dotyczy) adres strony internetowej:

.....

6. ZASTRZEŻENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

.....

7. INNE INFORMACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....

Stawiguda,
 Miejscowość , data

.....
 Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty