Załącznik Nr 1 do SWKO

**23 Wojskowy Szpital Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjny SP ZOZ**

**57-540 Lądek Zdrój, Pl. Mariański 7/8 – siedziba przy ul. Jadwigi 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na **ogłoszenie Nr KO/1/SUZ/2022** do złożenia propozycji ofertowej w konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenie usług zdrowotnych na rzecz 23 Wojskowego Szpitala Uzdrowiskowo-Rehabilitacyjnego SP ZOZ w Lądku-Zdroju

**w zakresie określonym w Zadaniach nr 1 - 2.**

**OFERENT**

Nazwa oferenta (oraz imię i nazwisko): ....................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Adres oferenta: ....................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Numer NIP………………………………………… REGON ……………………………………….

Numer telefonu …....................................................

Potwierdzenie/Wypis z CEiDG ( ewidencji działalności gospodarczej )

Oferuję/my realizację zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Konkursu Ofertowego za cenę:

1. **KRYTERIUM CENOWE :**

**1.Zadanie Nr 1**

**1.1. za obsługę pacjenta w czasie trwania turnusu:**

**( leczenie uzdrowiskowe sanatoryjne )**

**jednostkowa cena brutto........................ zł (słownie:….................................................................... )**

**2. Zadanie Nr 2**

**2.1. za obsługę jednego pacjenta w czasie trwania turnusu:**

**( rehabilitacja żołnierzy powracających z misji zagranicznych )**

**jednostkowa cena brutto : ……………………….. zł (słownie: ………………………….)**

**II. KRYTERIUM NIECENOWE :**

1. **Doświadczenie w przedmiocie Konkursu Ofert – ( ilość lat ): ………………………**

**Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:**

* 1. przystępuję do konkursu jako podmiot wykonujący działalność leczniczą w ramach prowadzonej działalności gospodarczej;
  2. Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych
  3. nie zalegam z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne;
  4. posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia;
  5. wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
  6. propozycja ofertowa zawiera wszelkie koszty wykonania zamówienia;
  7. oferowany przedmiot zamówienia jest zgodny z wymaganiami i warunkami opisanymi w SWKO i w projekcie umowy;
  8. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów.
  9. Uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert

Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam/my wymagane kserokopie dokumentów :

1. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu:
2. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia dyplomu specjalizacji;
3. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia prawa wykonywania zawodu;
4. Potwierdzenie/wyciąg z CEIDG – działalność gospodarcza.
5. Potwierdzona „za zgodność z oryginałem” kserokopia aktualnej (obejmującej okres obowiązywania umowy) polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej z tytułu udzielania świadczeń, zgodnych z przedmiotem zamówienia;
6. Oświadczenie oferenta dotyczące wymaganego stażu pracy w przedmiocie zamówienia ;
7. Oświadczenie oferenta o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy.
8. Przyjmujący Zamówienie, składając ofertę składa oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych.

Miejscowość i data

…………………………………

Pieczęć i podpis