**Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu**

**,, Oświadczenie Oferenta”**

|  |
| --- |
| Niniejszym oświadczam, że:1. Zapoznałem się z warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
3. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w wzorze umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2022 r., poz. 633, z późn. zm.).
5. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy informacji dotyczących Udzielającego zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu niewłaściwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Wyrażam zgodę na przetwarzania moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji, telefonu stacjonarnego i komórkowego wyłącznie dla celów realizacji tej umowy.
12. Wyrażam zgodę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem zgodnie z warunkami konkursu i na podstawie zatwierdzonego przez Udzielającego zamówienie harmonogramu.
13. Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Szpitalu.

**ZAŁĄCZNIKI:**1. Wydruk wpisu do RPWDL – aktualny (nie starszy niż 1 miesiąc).
2. Wydruk wpisu do CEIDG – aktualny (nie starszy niż 1 miesiąc).
3. Poświadczone kopie dokumentów **dyplomu ukończenia studiów.**
4. Poświadczone kopie dokumentów dotyczących **prawa wykonywania zawodu.**
5. Poświadczone kopia 1-szej i 2-giej strony **karty szkolenia specjalizacyjnego** – dla lekarzy posiadających otwartą specjalizację (min. 2 lata).
6. Poświadczone kopie dyplomu specjalizacji, doktoratu (dla lekarzy posiadających specjalizację/ doktorat).
7. Przebieg pracy zawodowej z uwzględnieniem nazw oddziałów/klinik/poradni (dla lekarzy, którzy nie udzielali w latach ubiegłych świadczeń zdrowotnych u Udzielającego Zamówienia).
8. Aktualna polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielenie zamówienia art. 25 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2022 r., poz. 633) oraz rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U . z 2019 r. poz. 866).
9. Kserokopia orzeczenia o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, w przypadku braku powyższego orzeczenia na dzień złożenia oferty zobowiązuję się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia w dniu podpisania umowy.
10. Dodatkowe dokumenty potwierdzające inne kwalifikacje i umiejętności w zakresie przedmiotu niniejszej oferty.
11. Pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta.

 ……………………….. …………………………… miejsce i data podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  uprawnionej do podpisania i złożenia oferty  |

**Załącznik nr 2**

**do Szczegółowych warunków konkursu**

**FORMULARZ OFERTY**

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem w zakresie:

1. **Oddziału ………………….…**

realizowanych:

□ w podstawowych godzinach ordynacji i w czasie dyżuru medycznego,

□ w czasie dyżuru medycznego,

□ w podstawowych godzinach ordynacji *\**

*\*wybrać odpowiednią opcję*

Deklarowana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ciągu miesiąca ……...

1. **Poradni ………………….…**

realizowanych:

□ w podstawowych godzinach czasu pracy poradni

Deklarowana minimalna liczba godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ciągu miesiąca ……..

**Dane oferenta:**

Imię i nazwisko oferenta ……………………………………………………………………………………..…………………….………………….

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentami rejestrowymi …………………………………………………………….…………………

**Adres siedziby firmy:**

Kod: ………………………………… miejscowość: …………………………………………….………………………………….……………………

Ulica i numer domu: ……………………………………………………………………………….……………………………….…………………….

Numer telefonu: …………………………………………………………… e-mail: ...……………………………………………………………..…….

NIP: …………………………………………………………… REGON: ……………………………………………………………..………………..….

Specjalizacja w dziedzinie (stopień): …………………………………….………………………………………………………………..…….

**Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres jw.)**

Kod: ………………………………… miejscowość: …………………………………………….………………………………….……………………

Ulica i numer domu: ……………………………………………………………………………….……………………………….…………………….

Numer telefonu: …………………………………………………………… e-mail: ……………………………………………………………..…….

1. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:
2. **Lekarz do ukończenia II roku specjalizacji (dotyczy SOR):**
3. Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziale:
* w podstawowych godzinach ordynacji w tj. od 7:30 do 15:30 w dni powszednie …………… zł (brutto)
* w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)
1. **Lekarz po II roku specjalizacji (dotyczy: SOR-lekarz systemu):**
* Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w SOR w podstawowych godzinach ordynacji w tj. od 7:30 do 15:30 w dni powszednie …………………… zł (brutto)
* w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)
1. **Lekarz specjalista (dotyczy: SOR, Oddziały, Poradnie):**
2. Wysokość stawki w kwocie za godziną wykonywania świadczeń zdrowotnych w oddziale:
* w podstawowych godzinach ordynacji w tj. od 7:30 do 15:30 w dni powszednie …………………… zł (brutto)
* w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30 …………………… zł. (brutto)
* w soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)
* w czasie dyżurów łączonych: dotyczy oddziałów: chirurgii ogólnej i chirurgii urazowo- ortopedycznej lub pediatrii i neonatologii w dni powszednie w godzinach od 15:30 do 7:30, soboty, niedziele i święta ustawowo wolne od pracy …………………… zł (brutto)
1. Wysokość wynagrodzenia za wykonywanie świadczeń w poradni:
* ….. % wynagrodzenia, które Udzielający Zamówienia otrzyma za te usługi zgodnie z umową na świadczenia opieki zdrowotnej zawartą z Małopolskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia

...............................………………………..

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)