Znak sprawy: 5/KO/2023

Załącznik nr 1 do SWKO

……………………………………, dnia……………………..

**Dane rejestrowe Wykonawcy/Oferenta:**

Pełna nazwa:………………………………………

Adres: ………………………………………

NIP/REGON: …………………/…………………...

Adresy / numery do porozumiewania się:

Numer telefonu: ……………………………………..

E-mail: ……………………………………..

**Adresat:**

**Bielskie Centrum Psychiatrii – Olszówka w Bielsku-Białej**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych składam ofertę:

*Należy wypełnić tę część/części na którą składana jest oferta*

Część I świadczenie psychiatrycznej opieki lekarskiej w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych ul. Olszówka 102, 43-309 Bielsko-Biała w wysokości …………….……….. zł brutto  
 (słownie: ………………………..) za jeden punkt rozliczeniowy

Dni i godziny wykonywania świadczeń zdrowotnych\*: *(proszę o wypełnienie, na który dzień/dni i godziny   
jest składana oferta)*

PONIEDZIAŁEK w godz. od ………………do ……………………

WTOREK w godz. od ………………do ……………………

ŚRODA w godz. od ………………do ……………………

CZWARTEK w godz. od ………………do ……………………

PIĄTEK w godz. od ………………do ……………………

Część II świadczenie psychiatrycznej opieki lekarskiej w Oddziale Dziennym Psychiatrycznym ul. Olszówka 102, 43-309 Bielsko-Biała w wysokości …………….……….. zł brutto (słownie: ………………………..) za jedną godzinę .

Część III psychiatrycznej opieki lekarskiej w Zespole Leczenia Środowiskowego, udzielanych w miejscu zamieszkania pacjenta z obszaru Miasta Bielska-Białej oraz powiatu bielskiego, jak również w miejscu udzielania świadczeń.

w wysokości …………………………zł brutto za jeden punk rozliczeniowy ( słownie złotych:………..…..)

Część IV świadczenie porad psychologicznych w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dorosłych ul. Mostowa 1 w wysokości …………………zł brutto za jeden punkt rozliczeniowy

Dni i godziny wykonywania porad\*: *(proszę o wypełnienie, na który dzień/dni i godziny jest składana oferta)*

PONIEDZIAŁEK w godz. od ………………do ……………………

WTOREK w godz. od ………………do ……………………

ŚRODA w godz. od ………………do ……………………

CZWARTEK w godz. od ………………do ……………………

PIĄTEK w godz. od ………………do ……………………

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz SWKO i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych   
   w SWKO, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
3. gwarantuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia zgodnie   
   z warunkami zawartymi w SWKO,
4. posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych, a w przypadku braku ubezpieczenia na dzień składania ofert, zostanie dokument dostarczony Zamawiającemu najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania przedmiotu zamówienia,
5. wszelkie załączone do oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe,
7. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
8. wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 ust. 1-4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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 04.05.2016r, str. 1) zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenia zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowalnym )

Znak sprawy: 5/KO/2023

Załącznik nr 2 do SWKO

……………………………………, dnia……………………..

**WYKAZ OSÓB**

*\*wypełnia Oferent, który nie będzie osobiście wykonywał świadczeń*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Adres podmiotu** | **Data wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i numer podmiotu w rejestrze** | **Lekarze za pomocą, których będzie realizowany przedmiot konkursu** | | | |
| **Imię i Nazwisko** | **Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą** | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza z podmiotem leczniczym (np. umowa o prace, umowa cywilnoprawna)** | **Doświadczenie zawodowe  (w latach i miesiącach)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

(własnoręczny podpis osoby uprawnionej, lub opatrzony podpisem zaufanym, podpisem osobistym lub podpisem kwalifikowalnym )