***FORMULARZ OFERTOWY***

***Zakres. Położnictwo i Ginekologia (Szpital Św. Rodziny)***

Imię i nazwisko: ……….……………….…………………………………………….….…….................................................................................................

Firma, pod jaka jest prowadzona działalność: ...................................................................................................................................................................................

Adres firmy: ………………………………….....................................................................................................................................................................................

Kod pocztowy: …............................., miasto: ..........................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu ze wskazaniem przynależności do izby lekarskiej: .........................................

Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą: ..................................................................

Regon: ....................................................................................., NIP: ............................................................................................

**DANE KONTAKTOWE:**

Adres e-mail: .............................................., fax: ..................................., telefon kontaktowy: ....................................

**Oferowane usługi:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi | Stawka oferowana | Szacowana ilość usług/miesiąc/osobę wykonującą brana pod uwagę przy wycenie oferty na potrzeby konkursu | Szacunkowa ilość oferowanych usług /miesiąc |
| 1 | Zaakceptowany przez Kierownika miejsca świadczenia usług udział w odebranych porodach Zespołu Porodowego | …........................ | 35 szt. | …........................ |
| 2 | Godzina świadczenia usług na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Blokiem Porodowym w dni robocze |  | 144 godz. |  |
| 3 | Godzina świadczenia usług na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z Blokiem Porodowym w dni świąteczne, niedziele, soboty i w dni ustawowo wolne od pracy |  | 48 godz. |  |
| 4 | Godzina świadczenia usług w Izbie Przyjęć Szpitala Św. Rodziny w dni robocze |  | 144 godz. |  |
| 5 | Godzina świadczenia usług w Izbie Przyjęć Szpitala Św. Rodziny w dni świąteczne, niedziele, soboty i w dni ustawowo wolne od pracy |  | 48 godz. |  |
| 6 | Godzina świadczenia usług na Oddziale Położniczo-Ginekologicznym |  | 100 godz. |  |

**Uwaga: Bezwzględnie, pod rygorem nieważności oferty, należy zaoferować stawkę dla każdej usługi w powyższej tabeli.**

**Oferowany termin płatności:**

………………………………… - wyrażony w dniach (zamawiający zastrzega, że zaoferowany termin płatności nie może być mniejszy niż 7 dni).

### **Dodatkowe elementy**

Posiadam specjalizację z zakresu: ………………………………………… Dyplom I stopnia Dyplom II stopnia Dyplom specjalisty Inne dodatkowe kwalifikacje

Uwagi: …...................................................................................................................................................................................…………………………………………………………

........................................................................

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

Oświadczenie

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią specyfikacji i ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w SZOZnMiD w Poznaniu.

........................................................................

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

Oświadczenie

Niniejszym oświadczam, że zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2016 roku poz. 922 ze zmianami) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w zakresie koniecznym do prawidłowego prowadzenia postępowania konkursowego oraz w celu ewentualnego zawarcia i realizowania umowy o świadczenie usług medycznych z Specjalistycznym Zespołem Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu.

...........................................................

*Podpis Przyjmującego zamówienie*

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, że dokumenty wymienione w rozdziale 4.1 ust. 4 pkt 2 **lit. a-d** „Specyfikacji warunków konkursu …” znajdują się w posiadaniu udzielającego zamówienia w związku z zawartą przeze mnie z SZOZnMiD w Poznaniu umową na świadczenie usług medycznych, dlatego nie załączam ich do niniejszej oferty..

*Jeśli powyższe oświadczenie jest prawdziwe należy złożyć pod nim odrębny podpis*

………..…………………………………

*Podpis Przyjmującego zamówienie*