*Załącznik nr 1 do SWKO*

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie: **na usługi medyczne z zakresu otorynolaryngologii w ramach kontraktu z NFZ w Poradni Otorynolaryngologicznej funkcjonującej w obszarze działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi.**

Oferent: .............................................………………………………………………………

*(pełna nazwa oferenta zgodna z treścią danych zawartych w CEIDG lub KRS działalności)*

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

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

…………………………….

Miejscowość, data

………………………….

*podpis i pieczątka oferenta)*

*Załącznik nr 2 do SWKO*

FORMULARZ OFERTY Oświadczenia/zobowiązania oferenta

Przystępując do konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu otorynolaryngologii w ramach kontraktu z NFZ w Poradni Otorynolaryngologicznej funkcjonującej w WOMP CP-L :

1. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami wiedzy medycznej.
3. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Przyjmujący zamówienie zobowiązany będzie ponieść w związku ze zleconym wykonaniem przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że:
5. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami i projektem umowy) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
6. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
7. wyrażam, zgodę na przetwarzanie danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu lekarza i specjalizacji wyłącznie do celów postępowania konkursowego i realizacji umowy.

5. **Wraz z ofertą przedkładam:**

**a)** Oferent będący obywatelem RP: **zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (Dz. U. z 2023 r. poz. 172 oraz z 2022 r. poz. 2600), lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego**\*

**b)** oświadczenie o państwie lub państwach, w których zamieszkiwał w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa\*/\*\*,

**c)** oraz jednocześnie z oświadczeniem z lit. b) informację z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.\*/\*\*\*

**d)** Oferent nie będący obywatelem RP, dodatkowo informację z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi\*.

\*jeżeli dotyczy

\*\* Oświadczenie składane jest pod rygorem odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: "Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia". Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

\*\*\*Jeżeli prawo tych państw nie przewiduje wydawania informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi, przedkłada się informację z rejestru karnego tego państwa.

W przypadku gdy prawo państwa, z którego ma być przedłożona powyższa informacja nie przewiduje jej sporządzenia lub w danym państwie nie prowadzi się rejestru karnego, składa się oświadczenie o tym fakcie wraz z oświadczeniem\*, że Przyjmujący zamówienie nie był prawomocnie skazany w tym państwie za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec niego innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuścił się takich czynów zabronionych, oraz że nie ma obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

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

*( podpis i pieczątka oferenta)*

…………………………….

Miejscowość, data

*Załącznik nr 3 do SWKO*

………………………………………

………………………………………

………………………………………

(wpisać nazwę i adres oferenta)

Oferta cenowa

w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu otorynolaryngologii udzielanych w ramach kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ - w poradni otorynolaryngologicznej funkcjonującej w ramach działalności Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczego w Łodzi

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Wojewódzkim Ośrodku Medycyny Pracy Centrum Profilaktyczno-Leczniczym w Łodzi, ul. Aleksandrowska 61/63, 91-205 Łódź w w/w zakresie, za wynagrodzeniem wynoszącym …………......……………………...zł

słownie .......................……………………………… zł)

za jeden punkt rozliczeniowy z NFZ .

Deklaruję świadczenie usług w wymiarze maksymalnie ......... punktów w miesiącu i w tym zakresie deklaruję swoją dostępność.

………………………….

………………..

Miejscowość, data Podpis i pieczątka oferenta

*Załącznik nr 4 do SWKO*

……………………………..

Miejscowość, data

Postępowanie: udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu otorynolaryngologii udzielanych w ramach kontraktu zawartego przez Udzielającego zamówienia z NFZ w poradni otorynolaryngologicznej funkcjonującej w ramach działalności WOMP CP-L w Łodzi

Dane osoby/pełnomocnika/przedstawiciela osoby ubiegającej się o świadczenie usług zdrowotnych:

* + 1. Imię i nazwisko -……………………....................................………………………..….;
    2. Adres zameldowania - …………………………....................................………………..;
    3. Adres dla korespondencji: ……………………...................................………………….;
    4. Pełna nazwa firmy, pod którą oferent prowadzi działalność gospodarczą:
    5. ………………..................................................................................................................

………………………………………………………………………………….………..;

* + 1. Adres wykonywania działalności gospodarczej - ……….................................................

.......................................................................................................................................;

* + 1. Telefon - ………………………………e-mail....................……..……….……..............;
    2. Posiadane uprawnienia - ………………………………..................................................

specjalizacja -.....................................…………………………………….......................

* + 1. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu; ……………………………..…

wydanego przez: ……………………………………………………………………..…;

* + 1. REGON - ………….......................................…………………………….................….;
    2. NIP - …………………………………………….......................................................….;
    3. PESEL - ………………………………………….......................................................…;
    4. Numer wpisu do rejestru praktyk lekarski……….……………………………………….

wydany przez Okręgową Izbę Lekarską /Wojskową Radę Lekarską w ……………………..……........................................................................................................

………………………….

*(Podpis i pieczątka oferenta)*