*Załącznik nr 1 do ogłoszenia o konkursie*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Do ogłoszenia przez Wielkopolskie Centrum Onkologii z siedzibą 61-866 w Poznaniu ul. Garbary 15, konkursu ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne

w zakresie **…………………………………………………………….**

**1. DANE OFERENTA:**

**Imię i nazwisko/ Nazwa praktyki lekarskiej:**

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

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

Nr REGON …...…….…………….……………NIP …..…………………….……………….

Nr telefonu kontaktowego:….….……………….……………………………………………….

adres e-mail: ……………..……………. ……………………………………………………….

**Adres siedziby praktyki lekarskiej**

Kod pocztowy: ……………………..……………………..……………………………….……

Miejscowość: ……………………….…………………………………………………………..

Ulica/nr domu/nr lokalu: ……………………..…………………………………………………

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

**Adres zamieszkania lub korespondencji:**

Kod pocztowy: ……………………..……………………..……………………………….……

Miejscowość: ……………………….…………………………………………………………..

Ulica/nr domu/nr lokalu: ……………………..…………………………………………………

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

**2. OKREŚLENIE SPOSOBU ORGANIZACJI ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH;**

**Miejsce udzielania świadczeń/adres siedziby/oddział/zakład/poradnia:**

**………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………….**

**Harmonogram udzielania świadczeń/ dni tygodnia/godziny**

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

**3. PROPONOWANA KWOTA NALEŻNOŚCI (BRUTTO):**

* **W systemie ryczałtowym: ………………………………………………………………………………….………**
* **W systemie zadaniowym/ stawka punktowa/skala punktowa w zależności od rodzaju świadczeń: ……………………………………………………………………………………..…..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………..**

* **W systemie godzinowym** ………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* **Za 1 konsultację specjalistyczną**; ………………………………………………………………………………….……..

**4. KALKULACJA INNYCH SKŁADNIKÓW NALEŻNOŚCI (BRUTTO)**:

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

**5. OKRES OBOWIĄZYWANIA UMOWY:** ………………………………………………………………………………………………….

**6.** **OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem(-am) się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne w **zakresie …………………………………………………**i akceptuję postanowienia w niej zawarte i przystępuję do konkursu.
2. Zapoznałem(-am) się z klauzulą obowiązku informacyjnego i załączam podpisaną klauzulę zgody na przetwarzanie danych osobowych w konkursie ofert na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii.
3. Zapoznałem(-am) się ze wzorem umowy stanowiącym załącznik nr 3A/3B/3C do treści ogłoszenia o konkursie, akceptuję postanowienia w nim zawarte i wyrażam zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami.
4. Uważam się za związanego (-ą) z niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

**7. ZAŁĄCZNIKI WYMAGANE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE:**

1. Klauzula zgody na przetwarzanie danych osobowych w konkursie ofert na udzielenie świadczenia zdrowotnego w Wielkopolskim Centrum Onkologii.
2. Przebieg pracy zawodowej i CV.
3. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom lekarza, prawo wykonywania zawodu, dyplomy specjalizacji, doktoratu, certyfikaty itp.).
4. Kopie dokumentów rejestracyjnych oferenta (zaświadczenie z Okręgowych Izb Lekarskich o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z księgą rejestrową).
5. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, NIP, Regon LUB wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej RP.
6. Kopie polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej.
7. Kopie zaświadczenia lekarskiego o zdolności do pracy.

…………………………………. ……... …………………………..

*Data, czytelny podpis Oferenta*