Załącznik nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Olsztynie Konkursu ofert na udzielenie zamówienia   
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób przez lekarza   
na kandydatów na dawców i dawców krwi lub jej składników – **Nr sprawy** **NA-26/4/KO/2023**

**DANE OFERENTA** *(tylko osoby fizyczne* ***nieprowadzące*** *działalności gospodarczej)*

Imię: ………………………………………………………………………………………………………….…………………………..

Nazwisko: ………………………………………………………………………………………………………………….…………..

Data i miejsce urodzenia: ……………………………………………………………………………………………………..

Nr ewidencyjny PESEL:………………………………………. …………………………………………………………………..

Nr telefonu kontaktowego: ………………………………… adres e-mail: ……………………………………………

**Adres zamieszkania:**

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

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

Gmina/dzielnica: …………………………………………………………………………………………………………………….

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

**Nr konta bankowego:** …………………………………………………………………………………………………………….

**Nr prawa wykonywania zawodu lekarza/data wydania:** ………………………………………………………

**Nazwa urzędu skarbowego, w którym oferent dokonuje rozliczeń:** ……………………………………..

**Oświadczenie oferenta:**

Prosimy o zaznaczenie właściwego oświadczenia w celu ustalenia składek na ubezpieczenia społeczne (możliwe jest zaznaczenie więcej niż jednej odpowiedzi):

* Oświadczam, że nie ukończyłam/łem 26 roku życia;
* Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w……………….…………………………………………………………………………………………….(nazwa zakładu)   
  i osiągam przychód powyżej minimalnego wynagrodzenia;
* Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w…………….……………………………………………………………………………………………….(nazwa zakładu)   
  i osiągam przychód poniżej minimalnego wynagrodzenia;
* Oświadczam, że jestem zatrudniony na podstawie umowy o pracę w…………………………………………………………………………………………………………….(nazwa zakładu) i osiągam przychód poniżej minimalnego wynagrodzenia oraz nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
* Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów   
  do ubezpieczenia) i nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
* Oświadczam, że jestem niepracującym emerytem (nie posiadam innych tytułów   
  do ubezpieczenia) i chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
* Oświadczam, że jestem pracującym emerytem – świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Olsztynie w ……………………………… ……………….………………………………………………(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne.
* Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i nie chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
* Oświadczam, że jestem osobą bezrobotną i chcę być objęty dobrowolnym ubezpieczeniem chorobowym;
* Oświadczam, że prowadzę działalność gospodarczą w zakresie nieobjętym niniejszym konkursem;
* Oświadczam, że podlegam ubezpieczeniom społecznym rolników lub jestem członkiem kółek rolniczych lub spółdzielni produkcyjnych;
* Oświadczam, że świadczę pracę na podstawie umowy zlecenie zawartej z innym podmiotem niż RCKiK w Olsztynie w ………………………………………………………….………………… ……………………………………..(nazwa zakładu) i od wynagrodzenia osiąganego z tego tytułu odprowadzane są składki na ubezpieczenia społeczne (powyższy punkt dotyczy osób niebędących emerytami).

Oświadczam, że powyższe oświadczenie wypełniłem zgodnie z prawdą i że świadomy(a) jestem odpowiedzialności karnej z art. 233 paragraf 1 Kodeksu Karnego za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Jednocześnie zobowiązuję się niezwłocznie poinformować na piśmie Udzielającego zamówienie o wszelkich zmianach dotyczących treści niniejszego oświadczenia i biorę również pełną odpowiedzialność za konsekwencje niedotrzymania powyższego zobowiązania.

*Powyższe zobowiązanie dotyczy w szczególności Oferentów, którzy są zatrudnieni   
na podstawie umowy o pracę i osiągają przychody powyżej minimalnego wynagrodzenia.   
W przypadku spadku osiąganych przychodów do poziomu poniżej minimalnego wynagrodzenia, mają oni obowiązek poinformować o tym fakcie Udzielającego zamówienie najpóźniej do końca miesiąca, w którym nastąpiła ta zmiana.*

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *miejscowość i data* | ……………………………………………….  *Podpis Oferenta* |

**OFERTA SZCZEGÓŁOWA**

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z pkt. 2 SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT.
2. Propozycje wynagrodzenia za godzinę udzielania świadczenia na rzecz Udzielającego zamówieni zawiera załącznik nr 1A do niniejszej oferty.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *miejscowość i data* | ……………………………………………….  *Podpis Oferenta* |

**Oświadczenie oferenta:**

Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych oraz dostarczenia Udzielającemu zamówienie kopii tej polisy ubezpieczeniowej w terminie do 7 dni od dnia podpisania umowy.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *miejscowość i data* | ……………………………………………….  *Podpis Oferenta* |

**Oświadczenie oferenta:**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia Konkursu ofert na przyjęcie obowiązku udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach umowy cywilnoprawnej,
2. zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu (SWKO) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia w nich zawarte
3. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu, tj. przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert,
4. oświadczam, że stan zdrowia pozwala mi na pracę jako osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza, na zadeklarowanym stanowisku,
5. stan prawny określony w dokumentach załączonych do niniejszej oferty nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *miejscowość i data* | ……………………………………………….  *Podpis Oferenta* |

**Załącznikami do niniejszej oferty są dokumenty wymagane w SWKO:**

1 .……………………………………………………………………………………………………………………………………….

2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….

3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………….