Załącznik nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy ogłoszenia przez RCKiK w Olsztynie Konkursu ofert na udzielenie zamówienia   
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pobierania krwi pełnej i jej składników   
od dawców i kandydatów na dawców – **Nr sprawy** **………………………….**

**DANE OFERENTA** *(tylko osoby fizyczne* ***prowadzące*** *działalność gospodarczą)*

**Nazwa praktyki pielęgniarskiej:**

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

Nr regon …………………………………………………….. NIP …………………………………………………………………..

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

**Adres siedziby praktyki pielęgniarskiej:**

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

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

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

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

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

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

**Nr wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:** ……………………………..

**Oświadczenie oferenta:**

Niniejszym oświadczam, że **jestem wpisany** do:

- KRS pod numerem: ……………………………………

- do Ewidencji Działalności Gospodarczej / Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej /\*

Niniejszym oświadczam, że **prowadzę prywatną praktykę pielęgniarską** w formie:

* indywidualnej praktyki pielęgniarskiej,/\*
* indywidualnej praktyki pielęgniarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/\*
* indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej,/\*
* indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego,/\*

**zarejestrowaną zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej   
(t.j., Dz. U. z 2020 r., poz. 295 z póżn. zm.).**

*/\* niepotrzebne skreślić*

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *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:**

Oświadczam, że posiadam aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej   
za szkody wyrządzone przez działanie lub zaniechanie przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych.

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………………………….  *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 z Regulaminem przeprowadzania konkursu ofert na udzielanie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, szczegółowymi warunkami konkursu (SWKO) i treścią projektu umowy o udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych i akceptuję postanowienia

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