Załącznik nr 1 „Regulaminu konkursu ofert”

 Bytom, dnia ……………

 ***Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4***

***w Bytomiu***

***Al. Legionów 10***

***41-902 Bytom***

 **OFERTA**

**Na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych** w zakresie:

wykonywania krioablacji i ablacji\* w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu,

1.Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA

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

ADRES

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

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

PESEL…………………………………………………………………..

TEL. …………………………………………………………………….

ADRES MAIL………………………………………………………

**\****w przypadku złożenia oferty częściowej niepotrzebne skreślić*

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu w zakresie:

**……………………………………………………………………………………………………………**

*(wpisać zakres)*

**2. Proponuję następujące warunki :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj**  | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto)/ …………………………….% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ |
| 1 | Wykonywaniekrioablacji  |  |
|  2 | Wykonywanie ablacji  |  |

3. Okres na jaki została złożona oferta

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

4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.

5. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

6. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.

7. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

8. Oświadczam , że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku ................ tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.

9. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.

10. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.

11. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2019, poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

……………………………

 miejscowość, data

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

 (podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)