**Załącznik nr 2 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**Przedmiot konkursu i sygnatura:**

*…………………………………………………………………*

**Udzielający zamówienia:**

*Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego*

*Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach*

*40-027 Katowice, ul. Francuska 20-24*

1. **Dane Oferenta**

Nazwa Oferenta ………………………………………………………………………………………………………….………………………………………

Siedziba Oferenta ………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

NIP……………………………………………… Regon ………………………………………….………... Pesel\* …………………………………..

tel. …………………………………………………………………….……. Fax …………………………..……………………………………………………

Osoba do kontaktu……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Dane teleadresowe osoby do kontaktu ……………………..………………………………………………………………………………… (jeśli taka osoba została wyznaczona) (tel.; fax; e-mail)

1. Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert z zakresu: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…dla pacjentów *Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,* zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie:

Pakiet nr 1 : za cenę:…………………………………………słownie:……………………………………………………………..………………

**Termin realizacji:**

01.06.2018 r. – 31.05.2021 r.

1. Telefoniczny sposób przyjmowania zgłoszeń: nr tel. ……………………………………..Fax.…………………………….….…….
2. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem umowy wynosi………………
3. Osobą odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem umowy będzie …………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………..
4. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. Oświadczam, że:

* uważam się za związanego z ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
* z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
* wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny

i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,

* zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis osoby Uprawnionej)*

\*dotyczy osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu

\*\* zaznaczyć właściwe

Załącznik nr 3do SWKO

*……………………………………………………………………..*

*(pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta)*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA O WPISACH DO REJESTRÓW**

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem\*:
* Podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez:………………………………………………………………………………………………………………………. **pod numerem księgi rejestrowej:**.…………………………………………………..………………………………………..……
* praktyką zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

prowadzonego przez:………………………………………………………………………………………………….…………………

**pod numerem księgi rejestrowej:**……………………………………………………………..……………………………………

* osobą fizyczną inną niż wymienione powyżej, która uzyskała fachowe uprawnienia do udzielenia świadczeń zdrowotnych i udziela ich w ramach wykonywanej działalności gospodarczej.
  1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem…………………………………………………………..…………………………

*nie dotyczy*

* 1. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do\*:

Ewidencji Działalności Gospodarczej, prowadzonej przez:…………………………………………………………………..

**pod numerem Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej**:……………….…………………

*nie dotyczy*

Podanie nieprawdziwych informacji skutkuje nieważnością umowy, o ile zostanie zawarta   
oraz odpowiedzialnością wynikającą z przepisów prawa.

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

*(miejscowość, data) (pieczątka i podpis osoby Uprawnionej)*

\* właściwe zaznaczyć

Załącznik nr 4 do SWKO

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

1. Oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2018, poz. 160) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
2. spełniam wszystkie wymagane przepisami prawa warunki i standardy do świadczenia usług   
   w zakresie przedmiotu zamówienia Oświadczam, że moja oferta odpowiada warunkom zamówienia, zapoznałem się ze specyfikacją konkursową i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń oraz uzyskałem niezbędne informacje do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że wyrażam gotowość poddania się kontroli przeprowadzonej przez NFZ na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r. (Dz. U. z 2017, nr 1938) w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w w/w ustawie oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
4. Oświadczam dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
5. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz,   
   że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy, akceptuję go i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonania, świadczeń objętych zakresem postępowania konkursowego z najwyższą starannością, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej przy respektowaniu praw pacjenta i zachowaniu ochrony danych osobowych.
10. Oświadczam, że spełniam wymogi art. 161 ba ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnych finansowanych ze środków publicznychoraz art. 26 ust 1 i 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
11. Spełniam wymagania stawiane w zakresie posiadania właściwych dla rodzaju prowadzonej działalności uprawnień i zezwoleń oraz posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie  
    z wymogami ustawowymi.
12. Zapewniam, że osoby realizujące usługę transportu posiadają stosowne, aktualne uprawnienia do kierowania pojazdem (ambulans), posiadają stosowne przeszkolenie w zakresie pierwszej pomocy przedmedycznej oraz kwalifikacje personelu uprawnionego do wykonania medycznych czynności ratunkowych są zgodnie z ustawą z 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym.
13. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania danego zamówienia.
14. Znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
15. Nie zalegam z opłaceniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne.

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

*(miejscowość, data)* *(pieczątka i podpis osoby Uprawnionej)*