**Załącznik nr 2**

**FORMULARZ OFERTY**

( wzór dla wszystkich oferentów )

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

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

.,………………………………………………………………………………………………………...

1. **Instrukcja dla oferenta:**

1. Niniejszy Formularz Ofert – traktowany jako wzór, winien być wypełniony, podpisany
i opieczętowany z należytą starannością.

2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką – osobę uprawnioną do składania oświadczeń w imieniu Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru).

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

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

**III. Adres Oferenta:**

ul. ........................................................, nr ..............................................................................................

Kod pocztowy ............................, miejscowość .....................................................................................

Tel. (0.......) ........................................., faks (0.......)...............................................................................

Regon..................................................., NIP ..........................................................................................

e-mail………………………………………………………………………….………………………..

Nazwa banku i nr rachunku.....................................................................................................................

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o świadczenie usług w niniejszym postępowaniu.

**Inne informacje Wykonawcy:**

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

W załączeniu:

1.Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej.

podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

2.Dane identyfikacyjne Oferenta. Regon , NIP – kserokopia.

3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer oraz

 dyplom specjalizacji z danej dziedziny.

 Dokumenty zawarte w pkt 1-3 – **wymagane w przypadku oferentów, którzy składają**

 **ofertę na świadczenia medyczne w SP ZOZ w Myszkowie po raz pierwszy.**

4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od

 odpowiedzialności cywilnej Oferenta obejmującej okres obowiązywania umowy.

5. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

Na ……… kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

……………………………., dn. ……………..

 ……………………….……………………….

 (pieczęć/podpisy osób/by upoważnionej)

**Załącznik nr 3**

**(wzór dla wszystkich oferentów)**

|  |
| --- |
| Nazwa /pieczęć firmowa z pełna nazwą Oferenta |

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że jako Oferent:

Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.

Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń

Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usługi zamówienia.

Przez okres 30 dni od daty złożenia jestem związany niniejszą ofertą

Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach, określonych w umowie w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego

Dane przedstawione w ofercie i wszystkich załączonych dokumentach oraz kserokopiach są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej OC lub zobowiązuję się do dostarczenia polisy na okres obowiązywania umowy

Posiadam uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty

wymaganych do wykonywania usługi.

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

 Miejscowość, data podpis Oferenta