**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

( wzór )

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

**\*Udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie Kierownika w Oddziale Chirurgii Urazowo-**

**Ortopedycznej w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie,**

**\*Dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Szpitalu Powiatowym w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

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. ………………………………..
2. ………………………………..

Na ……… kolejno ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

……………………………., dn. ……………..

 ……………………….……………………….

 (pieczęć/podpisy osób/by upoważnionej)

**\*niepotrzebne skreślić**

**Załącznik nr 2**

|  |
| --- |
| Pieczątka firmowa z pełna nazwą Oferenta |

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że jako Oferent przekazuję z załączeniu do oferty:

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 tylko 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.

6. Aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej

 grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki

 szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.

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

 Miejscowość, data podpis Oferenta