**Załącznik nr 1   
do Szczegółowych Warunków konkursu ofert   
postępowanie nr 10/2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**przez...................................**

**w zakresie ............................................**

**w Szpital Lipno Sp. z o.o.**

**ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno**

**I. Dane Oferenta**

**1. Pełna nazwa i siedziba oferenta (adres)**

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

2. Imię, nazwisko oferenta

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

3. Adres do korespondencji

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

4. Nr telefonu kontaktowego ...................., adres poczty elektronicznej .....................................

5. Nr wpisu do właściwego rejestru .......................................................................................................................................................

6. Organ dokonujący wpisu .......................................................................................................................................................

7. Nr REGON ............................................ 8. Nr KRS ................................................................

9. Nr NIP .................................................................... .................................................................

**II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

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

**III. - Maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu, którą Oferent może**

**udzielać** ..........................................................................................................................

- **Liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu w podstawowym czasie pracy**

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

**IV. Liczba dyżurów\* w miesiącu, w ramach których Oferent będzie udziela świadczeń:**

- ................ dyżurów w dni powszednie od poniedziałku do piątku (zgodnie z harmonogramem),

- ................ dyżury w soboty, niedziele i święta (zgodnie z harmonogramem).

**V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

1). stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale

od poniedziałku do piątku w podstawowym czasie pracy .................................

2). stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze

w oddziale od poniedziałku do piątku.................................................................

3). stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze

w oddziale w soboty, niedziele i święta................................................................

**VI. Oferent oświadcza, że:**

1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest

aktualny na dzień składania ofert;

2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert;

3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków konkursu ofert”,

którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych;

4) Wykształcenie oferenta:

|  |  |
| --- | --- |
| lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu rehabilitacji/rehabilitacji neurologicznej |  |
| lekarz specjalista lub posiadający II0 specjalizacji z zakresu rehabilitacji/rehabilitacji neurologicznej |  |

\*minimalna liczba dyżurów to 1.

\*\* Przyjmującemu Zamówienie przysługują dni wolne płatne. Liczba dni wolnych płatnych zależy od godzin pracy w podstawowym czasie pracy:

od 60 godzin do 96 godzin – 7 dni

od 97 godzin do 150 godzin – 12 dni

od 151 godzin - 20 dni

data ...................................... podpis Oferenta................................

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych**

Zgodnie z zapisami Rozporządzenia 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 (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych – RODO ), **wyrażam zgodę/nie wyrażam zgody**\*  
 na przetwarzanie moich danych kontaktowych przez administratora danych, którym jest   
Szpital Lipno Sp. z o.o. w celu przeprowadzenia procesu rekrutacji i komunikacji ze mną. Jednocześnie oświadczam, że poniższe dane przekazuję świadomie i dobrowolnie.

…………………………………………………………

data i czytelny podpis