|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logo-szpital** | **WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL POWIATOWY S.A.**  **NZOZ SZPITAL IM. DR B. HAGERA**  ul. Pyskowicka 47-51, 42-612 Tarnowskie Góry | **logo** |

###### *Załącznik nr 1*

###### WAŻNE!

###### Uzupełnienie danych takich jak: NIP, REGON, nazwa czy siedziba firmy, dołączenie wydruku z CEIDG – dot. Oferentów, którzy zainteresowani są udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach prowadzonej działalności leczniczej.

……………………………………..

(pieczęć firmowa Oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

**W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na Konkurs Ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu 30.01.2020 r. przez Wielospecjalistyczny Szpital Powiatowy S.A w Tarnowskich Górach, z siedzibą w Tarnowskich Górach przy ul. Pyskowickiej 47-51, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym w Gliwicach, X Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS: 0000349762,z kapitałem zakładowym w wysokości18 441 000,00 zł, opłaconym w całości, NIP: 645-25-01-353, REGON: 241512940,

1. **DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA:**
2. Firma / Imię i Nazwisko ….......................................................................................................................

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

1. Siedziba / adres zamieszkania:

Kod pocztowy : …………………………. miejscowość: ………………………………..............

Ulica : ……………………………………………………………………….. nr ………...……

1) NIP …................................................................................................................................

1. Regon …............................................................................................................................
2. tel. kontaktowy (fax) ….....................................................................................................
3. e-mail ….............................................................................................................................

5) numer konta bankowego …………………………………………………………………

**ADRES DO KORESPONDENCJI** ( w przypadku, gdy jest inny niż adres oferenta jw.):

Kod pocztowy : …………………………. miejscowość: ……………………………………......

Ulica : ……………………………………………………………………….. nr ………………..

1. OKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM UMOWY:

Rodzaj i zakres świadczeń: …........................................................................................................................................................  
…........................................................................................................................................................

1. OPIS KOMPETENCJI:

1) Tytuł zawodowy …...........................................................................................................

2) Nr prawa wykonywania zawodu …..................................................................................

3) Dziedzina i stopień specjalizacji …..................................................................................

4) Posiadanie kwalifikacji zawodowych*\**:

**□** lekarz posiadający specjalizację 15 pkt

**□** lekarz w trakcie specjalizacji 5 pkt

***\**** *UWAGA – DODATKOWO PUNKTOWANE (****zaznaczyć znakiem x właściwe****)*

5) Staż pracy (doświadczenie zawodowe) *\**:

**□** poniżej 5 lat 1 pkt

**□** powyżej 5 lat 5 pkt

***\**** *UWAGA – DODATKOWO PUNKTOWANE (****zaznaczyć znakiem x właściwe****)*

4. **MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Świadczenia udzielane będą w siedzibie Udzielającego zamówienia.

5. **WARUNKI PŁATNOŚCI**

Podstawą wypłaty wynagrodzenia będzie rachunek/ faktura wystawiony/a przez Przyjmującego   
zamówienie dostarczony/a do Sekretariatu WSP S.A. najpóźniej do 7-go dnia każdego miesiąca   
za m-c poprzedzający. Wypłata należności nastąpi w terminie do 14 dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym zostały wykonane świadczenia – w przypadku podpisania umowy zlecenia oraz 30 dni w przypadku podpisania umowy kontrakt, (chyba że strony ustalą inaczej), licząc od dnia doręczenia prawidłowo sporządzonego rachunku lub faktury. Wypłata zostanie przesłana na konto bankowe wskazane przez Przyjmującego Zamówienie.

1. **TERMIN REALIZACJI**

10 miesięcy od daty zawarcia umowy

\*\* zaznaczyć właściwe

**ZAŁ**Ą**CZNIKI DO OFERTY\***

1. oświadczenie Oferenta;
2. formularz cenowy;
3. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe; w tym: dyplom poświadczający posiadanie wyższego wykształcenia medycznego, specjalizacje, kursy specjalistyczne, doskonalące i ewentualnie świadectwa umiejętności;
4. dokumenty potwierdzające prawo wykonywania zawodu;
5. wydruk z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej Rzeczpospolitej Polskiej potwierdzający aktywny status wpisu prowadzonej działalności gospodarczej lub wydruk z KRS w przypadku gdy ofertę składa spółka lub podmiot podlegający obowiązkowemu wpisowi do Krajowego Rejestru Sądowego;
6. kserokopia polisy ubezpieczeniowej;
7. zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do pracy.
8. inne (np. pełnomocnictwo, etc – jeżeli dotyczy) …………………………………………….

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

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)