Załącznik nr 1 do SWKO

………….., dnia ……………………….

**Dane rejestrowe Wykonawcy/Oferenta:**

Pełna nazwa:

Adres:

NIP/REGON:

Adresy / numery do porozumiewania się:

Numer telefonu:

e-mail:

**Adresat:**

**Bielskie Centrum Psychiatrii – Olszówka w Bielsku-Białej**

**FORMULARZ OFERTOWY**

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych składam ofertę:

za pełnienie dyżuru lekarskiego w Oddziałach i Izbie Przyjęć, zgodnie z zapisami rozdz. I SWKO w wysokości **………………….** za jedną godzinę (słownie: ………………………….)*.*

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz SWKO i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
2. w przypadku wybrania oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych
w SWKO, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
3. gwarantuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia zgodnie
z warunkami zawartymi w SWKO,
4. wszelkie załączone do oferty dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
5. wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe,
6. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni, licząc od upływu terminu składania ofert.
7. wypełniłem(liśmy) obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 14 ust. 1-4 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016r, str. 1) zwanego dalej RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem(liśmy) w celu ubiegania się o udzielenia zamówienia w niniejszym postępowaniu.

 …………………………………………………
Podpis Oferenta

Załącznik nr 2 do SWKO

……………………………………, dnia……………………..

**WYKAZ OSÓB**

*\*wypełnia Oferent, który nie będzie osobiście wykonywał świadczeń*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.**  | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Adres podmiotu**  | **Data wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą i numer podmiotu w rejestrze** | **Lekarze za pomocą, których będzie realizowany przedmiot konkursu**  |
| **Imię i Nazwisko** | **Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą**  | **Rodzaj stosunku prawnego wiążącego lekarza z podmiotem leczniczym (np. umowa o prace, umowa cywilnoprawna)**  | **Doświadczenie zawodowe (w latach i miesiącach)**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………

Data i podpis Oferenta