

FORMULARZ OFERTOWY

.....
(miejsowość, data)

**Poznański Ośrodek Specjalistycznych
Usług Medycznych
Al. Solidarności 36
61-696 Poznań**

Dane identyfikacyjne Oferenta:

Imię i nazwisko Oferenta

Nazwa indywidualnej specjalistycznej praktyki*

.....
.....

NIP*REGON*

Adres zamieszkania.....

Adres do korespondencji

tel. kontaktowy

adres mail.....

Składając ofertę w konkursie ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane w Poradni Logopedycznej proponuję:

a) cenę określaną, jako% od rozliczonego i zapłaconego z NFZ świadczenia w Poradni Logopedycznej, za świadczenia rozliczone z NFZ uważa się udzielone świadczenia prawidłowo sprawozdane w systemie informatycznym POSUM, za świadczenia zapłacone uważa się świadczenia, za które NFZ dokonał zapłaty POSUM

b) Proponowany przez Oferenta harmonogram świadczenia usług

(wg SWKO minimum 1 raz w tygodniu 4 godziny)

	Proponowane godziny udzielania przez Oferenta świadczeń objętych przedmiotem konkursu
Poniedziałek
Wtorek
Środa
Czwartek
Piątek

- c) - w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe
- oświadczam, że posiadam kwalifikacje zawodowe związane z przedmiotem konkursu, to jest (wskazać jakie to kwalifikacje):

.....
.....

- d) W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną preferowaną opcję poprzez zakreślenie w kółko preferowanej opcji):
- 1 dzień w każdym tygodniu
 - 2 dni w każdym tygodniu
 - co najmniej 3 dni w każdym tygodniu.

*Niepotrzebne skreślić

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz SWKO o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarza w danej poradni, które akceptuję;
- 2) akceptuję warunki umowy, której projekt został zawarty w **Załączniku Nr 2 do SWKO** i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wskazanych warunkach w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
- 3) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert;
- 4) jestem świadomy, iż moja oferta w zakresie maksymalnej miesięcznej liczby godzin udzielania przeze mnie świadczeń objętych przedmiotem zamówienia nie stanowi podstawy roszczenia wobec Udzielającego zamówienia o ich przyznanie w każdym miesiącu lub roszczenia o zapłatę za gotowość do świadczenia usługi;
- 5) posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza w ramach udzielonego w drodze niniejszego konkursu zamówienia;
- 6) nie rozwiązano ze mną z przyczyn leżących po mojej stronie umowy o pracę, stanowiącej podstawę wykonywania zadań na rzecz Udzielającego zamówienia;
- 7) nie rozwiązano ze mną z przyczyn leżących po mojej stronie umowy o świadczenie usług na rzecz Udzielającego zamówienie.

Ofertę niniejszą składam na kolejno ponumerowanych kartach.

Administratorem Państwa danych osobowych jest Poznański Ośrodek Specjalistycznych Usług Medycznych (POSUM) Aleja Solidarności 36, 61-695 Poznań, tel. 61 647 77 77. Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: iod@posum.pl. Dane osobowe przetwarzane są w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego i w związku z udzieleniem zamówienia na świadczenia objęte przedmiotem konkursu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO. Więcej informacji na stronie internetowej POSUM (<https://posum.pl/wp-content/uploads/2023/11/klauzulainformacyjnaKontrahent.pdf>) lub w siedzibie Administratora.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta