**Załącznik Nr 2 do SWKO**

FORMULARZ OFERTOWY

Pełna nazwa Oferenta:

Pełny adres siedziby oferenta (kod pocztowy):

nr tel./fax./kom.: ………………………………., **fax** ………………………………., e-mail:

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub innego właściwego rejestru:

nr statystyczny **REGON**: …………………………………, nr Identyfikacji Podatkowej **NIP:** ……………………,

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania:

Nazwa banku i nr rachunku:

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania konsultacji psychiatrycznych, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia medyczne zawarte   
   w Załączniku nr 1 do oferty.
2. Oświadczam w imieniu ww. Oferenta, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą   
   do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta:
3. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej   
   (j.t. Dz. U. z 2021 r. poz. 711) i pozostałymi przepisami, w szczególności jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresem świadczeń zdrowotnych zgodnie ze składaną ofertą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi;
5. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania niniejszego zamówienia, tj.:

- dla konsultacji psychiatrycznych – lekarzy posiadających wykształcenie wyższe medyczne, prawo do wykonywania zawodu lekarza oraz tytuł specjalisty z dziedziny medycyny zgodnie   
ze składana ofertą,

1. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
2. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie   
   z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 4.**
4. Oświadczam, że konsultacje zostaną wykonane w miejscach wskazanych w formularzu ofertowo-cenowym.
5. Oferuję realizację usług w okresie **24 miesięcy,** począwszy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu.
6. Akceptuję 30 dniowy termin płatności.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę   
   do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
8. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za cenę brutto - ryczałt za łączną roczną wartość podaną w **Załączniku nr 3.**
9. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą do czasu rozstrzygnięcia postępowania konkursowego.
10. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*.
11. Przyjmuję do wiadomości, że liczba konsultacji wskazana w Załączniku nr 1 jest szacunkowa. Faktyczne liczba wykonywanych konsultacji będzie uzależniona wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego zamówienie.
12. 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 zamówienie na świadczenia zdrowotne w niniejszym konkursie ofert

1) rozporządzenie 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.

\* W przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (usuwa treść oświadczenia przez jego wykreślenie).

**KLAUZULA RODO**

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez Copernicus Podmiot Leczniczy Sp. z o.o., z siedzibą: 80-803 Gdańsk, ul. Nowe Ogrody 1 – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Copernicus Podmiot Leczniczy   
   Sp. z o. o., na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych\*\*.

TAK

NIE

data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

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

Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

\*) *niewłaściwe skreślić*

*\*\*) Niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych*