Znak sprawy: UŚ/D/11/2022 Załącznik Nr 1 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na: **udzielanie świadczeń** **zdrowotnych przez osoby wykonuj**ą**ce zawód dietetyka lub psychodietetyka lub specjalisty w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej dla pacjentów Udzielającego Zamówienia „Uzdrowisko Świnoujście” S.A.** składam niniejszą ofertę.

**DANE DOTYCZ**Ą**CE OFERENTA:**

Nazwa / Imię i nazwisko: ….… ……………………….................

Adres: …………… ………………………………………………...

Tel./fax.: ………….………………....., e-mail; ………………………………………………………

NIP: …………………………….,

REGON: …………………...………..,

Numer dowodu osobistego ……… ………………………………….PESEL …………………………

Oferuję realizację zamówienia, zgodnie z wymogami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert za

cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj świadczenia** | **Cena jednostkowa brutto** |
| **1.** | **Promocja zdrowia i edukacja zdrowotna** | |
| **1.1** | Prowadzenie tematycznych spotkań grupowych w zakresie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej | .......................................... zł  (słownie:…...........................................................)  za 1 spotkanie grupowe  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 godzinne spotkanie grupowe wynosi **250,00** **zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |
| **1.2** | Konsultacja specjalistyczna z zakresu indywidualnej edukacji zdrowotnej | .......................................... zł  (słownie:…...........................................................)  za 1 pacjenta  **Uwaga,** maksymalna akceptowana stawka za 1 pacjenta wynosi **100,00** **zł** brutto. Oferta zawierająca wyższą stawkę zostanie odrzucona z postępowania (jako nie spełniająca warunków konkursu). |

Oświadczenia dotyczące postanowień SWKO:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi

warunkami konkursu ofert (SWKO), akceptuję je i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń.

Deklaruję dostępność w niżej wymienione dni tygodnia w zależności od zapotrzebowania Udzielającego zamówienie (praca w godzinach wyznaczonych przez Udzielającego Zamówienie ).

poniedziałek – TAK / NIE\*,

wtorek – TAK / NIE\*,

środa – TAK / NIE\*,

czwartek - TAK / NIE\*,

piątek - TAK / NIE\*,

sobota - TAK / NIE\*

niedziela - TAK / NIE\*

\*- niepotrzebne skreślić.

Deklaruję ciągłość pracy w roku kalendarzowym:

I kwartał – TAK / NIE\*,

II kwartał – TAK / NIE\*,

III kwartał – TAK / NIE\*,

IV kwartał - TAK / NIE\*.

\*- niepotrzebne skreślić.

2. Oświadczam, że zapoznałam/em się z przepisami Ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej (tj.Dz. U. z 2022 r. poz. 633 ze zm.).

3. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

4. Zobowiązuję się do osobistego udzielania powyżej zadeklarowanych świadczeń zdrowotnych.

6. Zapoznałem się z treścią załącznika nr 5 (projekt umowy), nie wnoszę do niego żadnych uwag i w pełni go akceptuję – co potwierdzam pisemnie i załączam dokument do swojej oferty.

7. Zobowiązuję się do prowadzenia dokumentacji medycznej wynikającej z obowiązujących przepisów i wymaganych przez Udzielającego Zamówienie.

8. Uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres **30 dni** od upływu terminu składania ofert.

9. Oświadczam, iż realizując umowę będę stosować przepisy 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, Dz. Urz. UE L 2016.119.1, dalej – „RODO”).

10. Na potwierdzenie spełnienia wymagań do oferty załączam wymagane przez SWKO kserokopie dokumentów:

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

………… …………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

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

…………………………………..

Miejscowość i data

….......…………………………

(podpis i pieczęć imienna Oferenta)

\*- niepotrzebne skreślić.