

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

1. Formularz dla podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o których mowa w art.5 ust.2 lit. b) ustawy o działalności leczniczej) oraz podmiotów leczniczych, o których mowa w art.4 ust.1 pkt 1) UDL.

Nazwa podmiotu działalności leczniczej			
Adres siedziby			
REGON			
NIP			
Forma organizacyjna			
Typ organu założycielskiego			
Osoba/y uprawniona do reprezentowania		Telefon	
Bank i nr konta bankowego			

2. Warunki oferty:

1. Proponowana stawka za 1 punkt udzielania świadczeń zdrowotnych dla 1 pacjenta:

2. Świadczenia wykonywane będą w warunkach domowych pacjenta z możliwością wykorzystania sprzętu rehabilitacyjnego będącego w dyspozycji Udzielającego zamówienia.

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

1. zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o niniejszym konkursie oraz Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert
2. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zadań objętych konkursem ofert,
3. zapoznał się z warunkami konkursu ofert z treścią ogłoszenia konkursu ofert i nie wnosi do nich zastrzeżeń oraz posiada niezbędne informacje do przygotowania oferty,

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

-
4. dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
 5. posiada uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem,
 6. nie zachodzi wobec niego przeszkoda do zawarcia umowy, o której mowa w art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ((Dz. U. z 2024.146 z późn. zm.).
 7. spełnia inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczeń opieki zdrowotnej;
 8. posiada ważną umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania lub zawrze ją najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.
 9. Wyraża zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w postępowaniu konkursowym zgodnie z przepisami rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016r. (Dz.Urz. UE L 119 z 04.05.2016) oraz zgodnie z Ustawą z dnia 10.05.2018 roku o Ochronie Danych Osobowych; tekst jednolity: Dz. U. 2019 r. poz. 1781 z późn.zm.).

.....
pieczęć i czytelny podpis osoby oferenta lub upoważnionej

.....
miejscowość i data

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

3. WYKAZ PERSONELU REALIZUJĄCEGO ŚWIADCZENIA

Lp.	Nazwisko i Imię PESEL	Dokument potwierdzający wykształcenie			Dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu		
		Nazwa, numer	Data wydania	Organ wydający	Nazwa, numer	Data wydania	Organ wydający

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

4. Dokumenty

Oferent przedkłada w załączeniu następujące dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne (w kserokopiach, oryginały do wglądu po przyjęciu oferty), ponadto wymaga się od Oferenta zaznaczenia dokumentu, który zostanie złożony w postępowaniu konkursowym lub dokument który jest w posiadaniu Udzielającego zamówienie

Lp.	Dokument	Dołączono	W posiadaniu SPZOZ*
1	dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego		
2	dyplom ukończenia studiów		
3	prawo wykonywania zawodu		
4	dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji, inne dokumenty (certyfikaty, dyplomy i zaświadczenia etc.) potwierdzające dorobek i kwalifikacje zawodowe niezbędne do wykonywania oferowanych świadczeń, ew. opisany przebieg pracy zawodowej		
5	zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG),		
6	zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL		
7	zaświadczenia o numerach NIP i REGON		
8	polisę obowiązkowego ubezpieczenia OC (lub zobowiązanie do jej zawarcia i dostarczenia do dnia zawarcia umowy), w tym za szkody wynikłe z przeniesienia chorób zakaźnych –HIV i WZW oraz na czas wykonywania świadczeń poza siedzibą Udzielającego zamówienia (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz.U. 2019 poz. 866)		
9	aktualne zaświadczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych/ świadczenia usług będących przedmiotem konkursu (lub zobowiązanie do dostarczenia do dnia podpisania umowy)		
10	zaświadczenie potwierdzające staż pracy (jeśli dotyczy).		
11	oświadczenie o braku prawomocnie orzeczonego zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia PWZ, ograniczenia PWZ lub braku zakazu zajmowania stanowiska (Załącznik nr 1)		
12	oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych (Załącznik nr 2),		
13	oświadczenie o braku prawomocnego skazania za przestępstwo przeciwko mieniu, przeciwko obrotowi gospodarczemu , przeciwko działalności instytucji państwowych oraz samorządu terytorialnego, przeciwko wiarygodności dokumentów lub za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego (Załącznik nr 3)		
14	zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (zgodnie z art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępstwami na tle seksualnym i ochronie małoletnich) (Dz.U.2024.560 z późn. zm.)		

*W przypadku, gdy oferta zostaje złożona przez Oferenta wykonującego świadczenia zdrowotne na rzecz Udzielającego zamówienia, w okresie sześciu miesięcy od ogłoszenia postępowania i są nadal aktualne, zaznaczając ww pole może złożyć poniższe oświadczenie:

Niniejszym oświadczam, iż dokumenty potwierdzające kwalifikacje oraz dane identyfikacyjne wskazane W posiadaniu SPZOZ* znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne na dzień zawarcia umowy.

Data, pieczętka i podpis Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
 - praktyki grupowe
-

Załącznik nr 1

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania) .

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisana/y oświadczam, o braku prawomocnie orzeczonego wobec mnie zakazu wykonywania zawodu, zawieszenia prawa wykonywania zawodu, ograniczenia prawa wykonywania zawodu lub zakazu zajmowania określonego stanowiska – zgodnie z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.

.....
(czytelny podpis)

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

Załącznik nr 2

.....
(miejscowość i data)

.....
(nazwisko i imię)

.....
(adres zamieszkania)

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam / posiadam*) pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystania z pełni praw publicznych.

.....
(podpis)

**FORMULARZ OFERTOWY POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO
ZABIEGÓW FIZJOTERAPEUTYCZNYCH W WARUNKACH DOMOWYCH**

- podmioty lecznicze
- praktyki grupowe

Załącznik nr 3

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany / a
(imię i nazwisko)

zamieszkały / a
(adres zamieszkania)

legitymujący / a się dowodem osobistym

wydanym przez

świadomy/a odpowiedzialności karnej oświadczam, że :

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych i korzystam z pełni praw publicznych
- nie byłem/am skazany/a za przestępstwa popełnione umyślnie,
- nie jestem ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
(podpis)