

O F E R T A
na wykonywanie usług farmaceutycznych w zakresie farmacji szpitalnej w Powiatowym Centrum
Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach

I. DANE OFERENTA:

Pełna nazwa i adres Oferenta:

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

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta)

.....

Adres e mail :

Telefon do kontaktu

należy podać obowiązkowo:

Numer wpisu do **Rejestru farmaceutów** oraz organ prowadzący rejestr:

Nr wpisu do rejestru przedsiębiorców (KRS)* albo Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności

Gospodarczej (nr NIP):

.....

Zawód.....

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji)

Nr dokumentu specjalizacji

Dodatkowe kwalifikacje (kursy, uprawnienia)

.....

*wpisać jeżeli dotyczy

.....

(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

II. OFERTA CENOWA

L.p.	Zakres świadczeń zdrowotnych	Minimalna liczba godzin w stosunku miesięcznym przeznaczonych na usługi farmaceutyczne będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego	Stawka brutto za 1 h
1	Wykonywanie usług farmaceutycznych (stawka za 1 godzinę)	 godz. miesięcznie	 zł brutto/godz. (słownie)

Uwaga:

1. W kolumnach, gdzie wskazano, aby podać proponowane wynagrodzenie należy je wskazać dokładnie i zgodnie z opisem w tabeli (za jedną godzinę świadczenia usługi).
2. Wynagrodzenie powinno zostać podane w złotych polskich cyfrowo.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA *

Oświadczam, że :

1. **Zapoznałam/em się** z treścią ogłoszenia o konkursie oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i nie zgłaszam żadnych zastrzeżeń dotyczących ww. dokumentów;
2. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia;
3. **zapoznałam/em się** z projektem umowy i akceptuje warunki w niej zawarte;
4. wykonam świadczenia wymienione w ofercie zgodnie z przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i treścią umowy zawartej z udzielającym zamówienia;
5. **dotychczas wykonywałam/em / nie wykonywałam/em*** na rzecz Udzielającego zamówienie takie same świadczenia zdrowotne jakich dotyczy składana oferta, w związku z powyższym oświadczam, że dokumenty wymienione w cz. IV Formularza Ofertowego znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienie i są aktualne;
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej / zawarę* umowę o odpowiedzialności cywilnej na warunkach wskazanych w projekcie umowy;
7. **nie jestem zawieszona/y albo ograniczona/y w wykonywaniu określonych czynności zawodowych na podstawie obowiązujących przepisów prawa;**
8. nie jestem pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu stosownym środkiem zapobiegawczym;

9. nie mam przerwy w wykonywaniu zawodu łącznie przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat poprzedzających wniosek o wpis;
10. samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em;
11. zobowiązuję się do dostarczenia w dniu zawarcia umowy kserokopii następujących dokumentów:
 - potwierdzających ukończenie kursu BHP,
 - stosownych zaświadczeń lekarskich,
 - dokumentu potwierdzającego ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej, w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt. 1 ustawy o działalności leczniczej;
 - **nie świadczę pracy** w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Kartuzach na podstawie stosunku pracy. Oświadczam, że posiadam wiedzę, że nie można świadczyć usług jednocześnie na podstawie umowy o pracę w tym samym zakresie.

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)

* niepotrzebne skreślić

IV. W CELU UZNANIA, ŻE OFERTA SPEŁNIA WYMAGANE WARUNKI, OFERENT DOŁĄCZA DO OFERTY NASTĘPUJĄCE DOKUMENTY^{**}

(na podstawie części V SWKO):

1) aktualny dokument potwierdzający wpis Oferenta do Rejestru Farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Izbę Aptekarską;

4) kserokopie (na żądanie udzielającego zamówienia oryginały) dokumentów potwierdzających kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zawodu **farmaceuty (dyplom, stopnie i tytuły naukowe, potwierdzenie ukończenia kursów, dyplomy specjalizacji, potwierdzenie rozpoczęcia specjalizacji itd.)**^{**},

5) pełnomocnictwo wystawione zgodnie ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez pełnomocnika upoważnionego do występowania w imieniu Oferenta^{**},

6) inne, dodatkowo składane przez oferenta:

.....
.....

^{**} nie dotyczy jeżeli Udzielającemu Zamówienia dostarczono wymagane dokumenty z racji realizacji wcześniej zawartych umów z Oferentem

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej do złożenia oferty)