Załącznik nr 1

Zabrze, dnia .......................................

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

(nazwa)

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

(adres)

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

 (NIP)

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

(REGON)

……………………………………………………………….

(telefon)

**Oferta zawarcia umowy**

**o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą ……………………………………………………………………….….. z siedzibą w ………………........................................, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem ............................................ przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie ……............………………………………………………….
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrzu.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu …………………………………. posiadając następujące kwalifikacje:

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

1. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie
z PAKIETEM nr ……….…. oraz Załącznikiem do oferty.

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

\*Niepotrzebne skreślić

**Załącznik nr 2 dla pakietu nr 1, 2, 3**

**KONTRAKT 2025**

**Wynagrodzenie godzinowe z zakresu chirurgii ogólnej lub chirurgii naczyniowej lub angiologii:**

1. Stawka za 1 godzinę usługi w godzinach ordynacji oddziału \* **……..….** zł
2. Stawka za 1 godzinę usługi dyżuru stacjonarnego **……..….** zł
3. Stawka za 1 godzinę gotowości dyżurowej (dyżuru pod telefonem)\* **……..….** zł

*\*jeżeli dyżur pod telefonem zostanie przerwany z powodu wezwania do siedziby Udzielającego Zamówienia celem wykonania pilnego zabiegu wówczas Przyjmujący Zamówienie otrzyma wynagrodzenie proporcjonalne jak za dyżur stacjonarny za czas wykonania zabiegu (na podstawie protokołu zabiegu plus 1 godzina na dojazd i przygotowanie) oraz za pozostałe godziny proporcjonalne wynagrodzenie za czas gotowości dyżurowej*

…………………………………

 (podpis i pieczęć Oferenta)

***Załącznik nr 3***

**Zabrze, dnia ……………………..**

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertą oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu minimum ……….. , maksimum ……….. godzin\*.***

***\* w oferowanym wymiarze godzin nie wlicza się godzin gotowości dyżurowej (dyżuru pod telefonem)***

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

***Załącznik nr 4***

 ***Zabrze, dnia …………………***

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

***OŚWIADCZENIE OFERENTA***

***Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 5 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w dziedzinie chirurgii naczyniowej*” z*godnie z PAKIETEM nr .…. .***

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

 (pieczęć i podpis Oferenta)

**Załącznik nr 5**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

* kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych □
* kserokopia prawa wykonywania zawodu □
* kserokopia dyplomu specjalizacji □
* kserokopia certyfikatu z ochrony radiologicznej pacjenta (w przypadku osób narażonych na promieniowanie jonizujące) □
* potwierdzające nabycie doświadczenia, np. w przeprowadzaniu zabiegów
w pracowniach hemodynamicznych, elektroterapeutycznych i inne □
* zaświadczenie potwierdzające odbycie szkolenia w dziedzinie bezpieczeństwa
i higieny pracy dla personelu medycznego (w przypadku stanowisk kierowniczych-dla personelu kierującego pracownikami) □
* wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS □
* dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia □
* polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC □
* aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza □

 ………………………………………

 (podpis i pieczęć składającego oświadczenie)

**Załącznik nr 6 do Regulaminu**

**Załącznik nr 6**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

 (Nazwisko i imię Oferenta)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Wyrażam zgodę na udostępnienie Śląskiemu Centrum Chorób Serca w Zabrzu zgody na przetwarzanie przez ten podmiot, jako Administratora moich danych osobowych w zakresie:

* NUMER PESEL ……………………………………………………………………………………………………
* IMIĘ ……………………………………………………………………………………………………
* NAZWISKO ……………………………………………………………………………………………………
* NAZWISKO RODOWE …………………………………………………………………………………………
* IMIĘ OJCA ……………………………………………………………………………………………………
* IMIĘ MATKI ……………………………………………………………………………………………………
* DATA URODZENIA …………………………………………………………………………………………

w celu sprawdzenia czy moje dane zostały zamieszczone w Rejestrze z dostępem ograniczonym lub w Rejestrze osób, w stosunku do których Państwowa Komisja do spraw przeciwdziałania wykorzystaniu seksualnemu małoletnich poniżej lat 15 wydała postanowienie o wpisie w Rejestrze na podstawie art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich.

 …………………………….………………………………

 **(podpis i pieczęć składającego oświadczenie)Załącznik nr 7 do Regulaminu**

**Załącznik nr 7**

***Zabrze, dnia …………………..***

………………………………….

 (Nazwisko i imię)

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

W związku z treścią art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich oświadczam, że :

**\*(proszę wybrać i zaznaczyć właściwy kwadrat lub kwadraty)**

**1 . (dotyczy wyłączenie obywateli polskich którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż Polska)**

□ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem
i opieką nad małoletnimi **posiadam wyłącznie polskie obywatelstwo i nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolitej Polskiej**, w związku z powyższym przedkładam wyłącznie Informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w Rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, art. 189a i art.207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii wydaną w dniu ........................................................

**2. (dotyczy obywateli państw obcych, którzy nie zamieszkiwali w innym państwie niż państwo ich obywatelstwa i Polska)**

□ **posiadam obywatelstwo państwa** ………………………………………………………………………,

w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do świadczenia usług związanych z leczeniem
i opieką nad małoletnimi **nie zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolita Polska
i państwo mojego obywatelstwa** w związku z tym przedkładam:

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu ………………………………………………….,

b) □ informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie mojego obywatelstwa nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa mojego obywatelstwa wydana w dniu ...................... **/lub**

□ państwo mojego obywatelstwa nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

**3. (dotyczy obywatel polskich i obcych, którzy zamieszkiwali w innych państwach niż Polska lub państwo obywatelstwa)**

□ w ciągu ostatnich 20 lat przed dopuszczeniem mnie do pracy lub innej działalności związanej
z leczeniem i opieką nad małoletnimi **zamieszkiwałam/em w inny państwie niż Rzeczpospolita Polska i państwo mojego obywatelstwa tj:**

w ..................................., w okresie od ............. do ................. (proszę podać lata)

w ..................................., w okresie od ............. do ................. (proszę podać lata)

**\*w przypadku zamieszkiwania w większej ilości państw proszę wymienić wszystkie**

**w związku z tym przedkładam:**

a) informację z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r.
o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego wydaną w dniu ………………………………………………….,

b) □ informację z rejestru karnego państwa .............................. uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie .............................. nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa .............................. wydaną w dniu ...................... **/lub**

□ państwo ..............................nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

c) □ informację z rejestru karnego państwa .............................. uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi wydaną w dniu ……………………………………… **/lub**

□ oświadczam, iż w państwie .............................. nie jest wydawana taka informacji do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi więc przedkładam informację z rejestru karnego państwa .............................. wydaną w dniu ...................... **/lub**

□ państwo ..............................nie przewiduje sporządzenia informacji wskazanej powyżej **i /lub** nie prowadzi się w nim rejestru karnego\*, w związku czym oświadczam, że nie byłem/łam prawomocnie skazany/na w państwie mojego obywatelstwa za czyny zabronione odpowiadające przestępstwom określonym w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii oraz nie wydano wobec mnie innego orzeczenia, w którym stwierdzono, iż dopuściłem/łam się takich czynów zabronionych, oraz że nie mam obowiązku wynikającego z orzeczenia sądu, innego uprawnionego organu lub ustawy stosowania się do zakazu zajmowania wszelkich lub określonych stanowisk, wykonywania wszelkich lub określonych zawodów albo działalności, związanych z wychowaniem, edukacją, wypoczynkiem, leczeniem, świadczeniem porad psychologicznych, rozwojem duchowym, uprawianiem sportu lub realizacją innych zainteresowań przez małoletnich, lub z opieką nad nimi.

***Oświadczam, że wskazane wyżej dane oraz podane przeze mnie informacje są zgodne ze stanem faktycznym a składają niniejsze oświadczenie jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.***

 …………………………….………………………………

 (podpis i pieczęć składającego oświadczenie)