*Załącznik nr 3*
*do Zarządzenia nr 5/2025*
*Dyrektora SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie*
*z dnia 20.01.2025 r.*

*Pieczęć Firmowa Oferenta*

**OFERTA – Formularz ogólny**

**SAMODZIELNY PUBLICZNY**
**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1**
**W RZESZOWIE**
**35-051 RZESZÓW**
**UL. CZACKIEGO 3**

**UWAGA !**

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa: .....

.....

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy ..... miejscowość.....

ul. ..... nr.....

tel. ..... fax.....

Bank.....

Nr konta .....

NIP..... REGON.....

**I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu elektroradiologii przez techników elektroradiologii w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Rezonansu Magnetycznego w Szpitalu Miejskim im. Jana Pawła II w Rzeszowie w godz. $7^{00}$ – $18^{00}$ w dni robocze oraz w soboty w godz. $7^{00}$ – $17^{00}$ tj.:**

- udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu elektroradiologii przez techników elektroradiologii realizowanych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej-Pracownia Rezonansu Magnetycznego wg potrzeb ***Udzielającego zamówienia*** a w szczególności:
- wykonywanie badań rezonansu magnetycznego,
- wykonywanie wszystkich czynności zawodowych zgodnie z obowiązującymi procedurami, standardami, przepisami,
- dbałość o wysoką jakość, rzetelność i dynamikę czynności zawodowych odpowiednio do sytuacji klinicznej.

**2.** Proponuję kwotę należności z tytułu:
….....zł. brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń.

**II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

a) .....
b) .....
c) .....
d) .....
e) .....

**III. Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert" oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej- Pracownia Rezonansu Magnetycznego w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym w umowie).

7. Oświadcza, iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ Nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał / rozwiązał*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.

8. Deklaruje liczbę godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w ilości ..... godzin w miesiącu w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Rezonansu Magnetycznego w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie.

9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.

10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłasza gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuje je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

| | | |
|---|---|---|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych, | - załącznik nr 1 |
| 2 | Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe, zaświadczenia o ukończeniu szkolenia w dziedzinie ochrona radiologiczna pacjenta | - załącznik nr 2 |
| 3 | Skrócony przebieg pracy | - załącznik nr 3 |
| 4 | Warunki i miejsce udzielanych świadczeń | - załącznik nr 4 |
| 5 | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności | - załącznik nr 5 |
| 6 | Proponowany czas trwania umowy | - załącznik nr 6 |
| 7 | Zaświadczenie o wpisie do CEIDG | - załącznik nr 7 |

data .....  .....

Pieczątka i podpis Oferenta