#### Oferta na wykonywanie świadczeń farmaceutycznych do konkursu

#### nr PCZ/DPO/3382/02/2025

#### **DANE OFERENTA**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta |  |
| Adres  Siedziby\* |  |
| NIP, REGON |  |
| Telefon i e-mail\* |  |
| Osoba do reprezentacji |  |

\*Jakakolwiek zmiana danych kontaktowych wymaga niezwłocznego poinformowania. W razie niepoinformowania o zmianie danych kontaktowych, korespondencja będzie kierowana na adres e-mailowy i traktowana jako doręczona pod właściwy adres korespondencyjny.

Niniejszym zgłaszam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia w Aptece szpitalnej

1. **W ZAKRESIE PROWADZENIA APTEKI SZPITALNEJ PROPONUJĘ NASTĘPUJĄCE WARUNKI ROZLICZENIA:**
2. Miesięczny ryczałt za prowadzenie Apteki szpitalnej i magazynu sprzętu jednorazowego.  
   …………………… zł (słownie złotych: …………………………………………………………………….……………00/100);
3. Cena jednostkowa za przygotowanie cytostatyków – cena za jeden preparat: ………………………………………………zł (słownie złotych: ………………………………………….00/100);
4. **WYKAZ PERSONELU WRAZ Z KWALIFIKACJAMI:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personel wyższy – mgr farmacji |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  | |
|  |  |  |  |  |  |
| Personel średni – technik farmacji |  |  |  |  |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Dyplom uzyskania tytułu zawodowego | Stanowisko wykonywane |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*

**Oferent oświadcza, że:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w siedzibie PCZ Spółka z o. o. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
4. Nie toczy się wobec niego żadne postępowanie sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związanej z wykonywanym zawodem.
5. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
6. Nie jest zawieszony wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie odrębnych przepisów;
7. Nie jest pozbawiony/na możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony/a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym;
8. Posiada kwalifikacje zawodowe i uprawnienia odpowiadające rodzajowi i zakresowi wykonywanych świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem konkursu;
9. Posiada aktualne **(na dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń)** ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.
10. Oświadcza, że PCZ sp. z o. o. nie rozwiązało z nim w okresie 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w

trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.(dotyczy oferentów z którymi taka umowa była wcześniej zawarta).

1. Świadczeń zdrowotnych w w/w zakresie udzielał/a/ przez okres **………. Lat**  i zobowiązuje się do okazania na żądanie Udzielającego Zamówienia dokumentów potwierdzających wskazaną ilość lat praktyki zawodowej.

………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*