Załącznik nr 1 „Regulaminu konkursu ofert”

 Bytom, dnia ……………

 ***Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu***

***Al. Legionów 10***

***41-902 Bytom***

 **OFERTA**

**Na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie endoskopii w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 4 w Bytomiu**

1.Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA

………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES

………………………………………………………………………………………………………………………………………….

REGON…………………………………………………………… NIP ……………………………………………………………

PESEL…………………………………………………………………..

TEL. …………………………………………………………………….

ADRES MAIL………………………………………………………

**Proponuję następujące warunki :**

* 1. ……… zł **–** gastroskopia/gastroskopia z biopsją w warunkach szpitalnych/ambulatoryjnych,
	2. ………..zł – PEG/ usunięcie PEG,
	3. ………..zł - gastroskopia z polipektomią – kleszczykami,
	4. ………..zł - gastroskopia z polipektomią – pętlą,
	5. ………..zł – endoskopowe opanowanie krwawienia,
	6. ………..zł – kolonoskopia,
	7. ………. zł – kolonoskopia z biopsją,
	8. ………..zł - kolonoskopia z polipektomią pętlą do 10 mm,
	9. …………zł - kolonoskopia z polipektomią pętlą powyżej 10 mm,
	10. ………….zł– kolonoskopia z polipektomią pętlą powyżej 20 mm,
	11. ………….zł– opaskowanie żylaków przełyku,
	12. ………….zł– koagulacja sondą argonową APC,
	13. ………….zł– usunięcie ciała obcego,
	14. ………….zł– protezowanie przełyku.

3. Okres na jaki została złożona oferta ………………………………………………………………………………

 4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.

1. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam , że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku ................ tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.
5. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (t.j.Dz. U. z 2019, poz. 1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO).

………………………………………

 miejscowość, data

 …………………………………………………...........................................

 (podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)