

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych – usługi psychologa w okresie
.....w Zakładzie Leczenia Uzależnień w Charcicach**

➤ **Udzielający zamówienia:**

Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach, Charcice 12, 64-412 Chrzypsko Wielkie

➤ **Oferent:**

Nazwa/ Imię i Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu/faks.....

Nr NIP..... Nr REGON

Nr PESEL

Nr prawa wykonywania zawodu.....

Specjalizacja w zakresie (stopień specjalizacji).....

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr rejestr. indywidualnej / indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

Organ dokonujący wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
.....

Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe:
.....

➤ **Proponuję realizację zamówienia na następujących warunkach :**

- cena -

**(słownie:) złotych brutto
za jedną godzinę udzielania usług psychologicznych**

- proponowany wymiar pracy -
(ilość dni w tygodniu/miesiącu)

- proponowane godziny pracy -
(dzień.....godz. do)

➤ **Oświadczenia Oferenta**

1. Oświadczam iż zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu.
3. Oświadczam, iż spełniam warunki **ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej** (Dz. U. z 2018 r., poz. 2190), a także warunki stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wykonywania tych usług.
4. Oświadczam, iż zgłaszam gotowość świadczenia usług we wskazanym zakresie.
5. Oświadczam, iż posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości.....(zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość na dzień podpisania umowy).

> Załączniki do Formularza ofertowego:

- decyzja o nadaniu NIP i/lub Regon,
- dokumenty rejestracyjne bądź z ewidencji,
- polisa/umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- wykaz badań wraz z cenami,
- uprawnienia i wykształcenie pracowników,
- zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku.
-
-
-
-

- *W przypadku nie składania danego dokumentu, dany przykład załącznika należy skreślić.*
- *W przypadku gdy wskazane wyżej dokumenty dotyczące oferenta znajdują się już w dyspozycji Udzielającego Zamówienia z jakichkolwiek powodów oferent nie ma obowiązku składania powtórnie takich dokumentów. Powinien jednak złożyć oświadczenie, iż dokumenty te nadal są ważne i nie zaszły żadne zmiany co do zakresu zawartego w tych dokumentach.*

Oświadczam, iż wszystkie/część wskazanych wyżej dokumentów znajduje się już u Udzielającego Zamówienia. Oświadczam, iż dokumenty te są nadal ważne i aktualne*.

* niepotrzebne skreślić.

W razie wybrania niniejszej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy zgodnej z wymogami art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190) i wymogami Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego zamówienia.

.....
(Miejsce, data i podpis oferenta lub osoby upoważnionej
do jego reprezentacji)