

FORMULARZ OFERTOWY

**w postępowaniu na udzielanie świadczeń medycznych lekarskich w formie dyżurów,
na rzecz pacjentów Zakładu 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:**

1. Cena - zł/godzinę – udzielanie świadczeń medycznych lekarskich w formie dyżurów na rzecz pacjentów Zakładu Leczenia Uzależnień

(słownie :za godzinę) złotych brutto

➤ **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 2020 r., poz. 295. j.), 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,
- dokumenty kwalifikacyjne ,
- aktualne prawo wykonywania zawodu,
- zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku. -

.....
-
-

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 2020 r. poz. 295 t. j.) 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)