Zał. nr 2 do SWKO

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

**W postępowaniu na pełnienie funkcji: Kierownika Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych Zakładu, udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Zakładu Leczenia Uzależnień w Charcicach, oraz pełnienie dyżurów lekarskich.**

* **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. Wynagrodzenie ryczałtowe ........... słownie ……………….............................

* **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 2021 r., poz. 711.), a także warunki stawiane przez NarodowyFundusz 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 wysokościi..............................................(zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na równowartość ................................. na dzień podpisania umowy).

6. Wyrażam zgodę na prowadzenie korespondencji droga mailową i zobowiązuje się do niezwłocznego, bez dodatkowego wezwania potwierdzania odbioru korespondencji elektronicznej.

**> Załączniki do Formularza ofertowego:**

- wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG),

- polisa/umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,

- dokumenty kwalifikacyjne (dyplom, dokument specjalizacji),

- aktualne prawo wykonywania zawodu,

- zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy na zajmowanym stanowisku,

- upoważnienie ZUS o wystawianiu zwolnień lekarskich.

- ...............................................................................................................

- ...............................................................................................................

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 2021 r. poz. 711) 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)