

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych - lekarskich w formie dyżurów,  
na rzecz pacjentów Zakładu Leczenia Uzależnień w Charcicach**

➤ **Udzielający zamówienia:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej - Zakład Leczenia Uzależnień w Charcicach,  
Charcice 12, 64-412 Chrzypsko Wielkie

➤ **Oferent:**

Nazwa/ Imię i Nazwisko.....

Adres.....

Nr telefonu/faks.....

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 2023 r., poz. 991 ze zm.), a także warunki stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wykonywania tych usług.
4. Oświadczam, iż zgłaszam gotowość świadczenia usług (świadczeń zdrowotnych) 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:**

- 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,
- upoważnienie ZUS o wystawianiu zwolnień lekarskich,
- oświadczenie o posiadaniu certyfikatu ZUS do podpisywania elektronicznej dokumentacji medycznej.

.....

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 2023 r. poz. 991 ze zm.) 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)