

FORMULARZ OFERTOWY

w postępowaniu na udzielanie świadczeń zdrowotnych - terapeutycznych,

na rzecz pacjentów Zakładu Leczenia Uzależnień w Charcicach

Przychodnia Terapii Uzależnień i Współuzależnienia w Poznaniu ul. Małeckiego 11

➤ **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

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

Nr dokumentu specjalizacji.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej/ nr KRS

Organ dokonujący wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

Posiadam/dysponuję personelem posiadającym następujące kwalifikacje zawodowe:

.....

.....

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

1. Gwarantuję zapewnienie ciągłości, kompleksowości i dostępności udzielanych świadczeń zdrowotnych w liczbie godzin tygodniowo w okresie obowiązywania umowy zawieranej w wyniku rozstrzygnięcia konkursu.
2. Cena - zł/godzinę – udzielanie świadczeń zdrowotnych terapeutycznych 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 2024 r., poz. 799 t.j.) 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)/KRS,
- polisa /umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
- dokumenty kwalifikacyjne (dyplom, dokument specjalizacji),
- zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy,
-

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 2024 r. poz. 799 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)