

**OFERTA**

W związku z konkursem ofert ogłoszonym w dniu 05.10.2018 r. przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę na **udzielanie lekarskich porad ambulatoryjnych w Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia.**

**1. Dane o ofercie**

Pełna nazwa oferenta: \_\_\_\_\_

Imię i nazwisko: \_\_\_\_\_

Prawo wykonywania zawodu nr \_\_\_\_\_ Wydane przez \_\_\_\_\_

Wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod nr \_\_\_\_\_

prowadzonego przez \_\_\_\_\_

Adres oferenta: \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_

**2. Przedmiot oferty**

Świadczenia w Poradni Terapii Uzależnień i Współuzależnienia będą udzielane zgodnie z zasadami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu i projekcie umowy. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń zostanie ustalony z Udzielającym zamówienia przed podpisaniem umowy.

Świadczenia będą udzielane przez:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**3. Proponowany czas trwania umowy:** od \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_

**4. Cena oferty i warunki płatności**

Za realizację zamówienia proponuję stawkę: \_\_\_\_\_ zł brutto za 1 punkt.

**5.** W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

**6.** W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.

**7.** Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.

**8. Oświadczenia**

- 1) Oświadczam, że nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne.
- 2) Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert na świadczenia zdrowotne oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 3) Oświadczam, że spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w Szczegółowych warunkach konkursu oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 4) Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

**9. Załączniki do oferty:** (wymienić niżej załączane do oferty zgodnie ze Szczegółowymi warunkami konkursu załączniki):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

.....  
Data

.....  
Piecątka i podpis oferenta