

OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie (proszę uzupełnić lub niepotrzebne skreślić):

- 1) udzielanie stacjonarnych świadczeń lekarskich w Oddziale
- 2) pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale
- 3) pełnienie dyżurów „pod telefonem” w Oddziale
- 4) wykonywanie czynności Kierownika/Zastępcy
- 5) udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w Poradni
- 6) pełnienie dyżurów lekarskich w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

I. DANE O OFERENCIE

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS)
.....
.....
2. Adres siedziby oferenta:
3. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
- prowadzonym przez
4. Telefon kontaktowy

II. OŚWIADCZENIA OFERENTA

Oświadczam, że:

- 1) Zapoznałem się z ogłoszeniem, *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert* oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Warunki konkursu akceptuję jako integralną część umowy.
- 2) Nie byłem karany i nie toczą się przeciwko mnie postępowania karne, mające związek z udzielaniem świadczeń zdrowotnych. Oświadczenie obejmuje również wszystkie osoby wskazane w ofercie do udzielania świadczeń w moim imieniu.
- 3) Spełniam wszystkie wymagania określone przez Udzielającego Zamówienia w *Szczegółowych warunkach konkursu ofert* oraz zawarte w materiałach informacyjnych NFZ dotyczących odpowiedniego zakresu świadczeń i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
- 4) W przypadku nierozstrzygnięcia konkursu z powodu proponowanych wysokości stawek zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.

- 5) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
- 6) W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
- 7) W ramach prowadzonej działalności świadczyć usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.
- 8) *Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 i 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe pozyskałem w celu złożenia oferty. Wszelkie dane osobowe wskazane w ofercie i załącznikach pozyskałem zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

** nie dotyczy oferentów prowadzących jednoosobową działalność gospodarczą*

III. PRZEDMIOT OFERTY – HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

- 1) świadczenia stacjonarne w oddziale:

poniedziałek	od	do
wtorek	od	do
środa	od	do
czwartek	od	do
piątek	od	do

- 2) świadczenia ambulatoryjne w poradni:

poniedziałek	od	do
wtorek	od	do
środa	od	do
czwartek	od	do
piątek	od	do

- 3) gotowość do pełnienia w miesiącu od do dyżurów w oddziale;
- 4) gotowość do pełnienia w miesiącu od do dyżurów „pod telefonem” w oddziale;
- 5) gotowość do pełnienia w miesiącu od do dyżurów w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.
- 6) Proponowany czas trwania umowy: od do

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujących lekarzy (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu):

.....

IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

- 1) świadczenia stacjonarne w oddziale: zł brutto za 1 godzinę
- 2) świadczenia stacjonarne w oddziale oraz wykonywanie badań endoskopii, USG dla pacjentów hospitalizowanych: zł brutto za 1 godzinę
- 3) dyżur w oddziale: zł brutto za 1 godzinę
- 4) dyżur „pod telefonem” w oddziale: zł brutto za 1 godzinę
- 5) wykonywanie czynności Kierownika/Zastępcy: zł brutto za 1 godzinę
- 6) świadczenia ambulatoryjne w poradni % wartości punktu według umowy z NFZ
- 7) dyżur w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym: zł brutto za 1 godzinę

V. ZAŁĄCZNIKI

Do oferty załączam następujące dokumenty (proszę wymienić zgodnie ze *Szczegółowymi warunkami konkursu ofert*):

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)
- 6)
- 7)
- 8)

.....
Data

.....
Pieczęć i podpis oferenta

