

## **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 .....**
- 5) udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w Poradni .....**

### **I. DANE O OFERENCIE**

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG lub KRS) .....
2. Nr księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą ..... prowadzonym przez .....
3. Adres siedziby oferenta: .....
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) W przypadku wygrania konkursu przed podpisaniem umowy zobowiązuje się dostarczyć polisę ubezpieczenia OC zawartego zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
- 6) Ceny określone w ofercie pozostaną bez zmian przez cały okres obowiązywania umowy.
- 7) W ramach prowadzonej działalności świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

8) W przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni specjalistycznej Udzielającego zamówienia zobowiązuje się do pokrycia 20% zleconych w poradni badań diagnostycznych, które będą wyliczane na podstawie cennika obowiązującego u Udzielającego zamówienia.

9) \*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) gotowość do pełnienia w miesiącu **minimum** ..... **dyżurów** w oddziale;

3) gotowość do pełnienia w miesiącu **minimum** ..... **dyżurów „pod telefonem”** w oddziale;

4) świadczenia ambulatoryjne w poradni:

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

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

.....  
.....  
.....

5) Proponowany czas trwania umowy: od ..... do .....

### **IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI**

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

- 1) świadczenia stacjonarne w oddziale: ..... **zł brutto za 1 godzinę**
- 2) dyżur w oddziale: ..... **zł brutto za 1 godzinę**
- 3) dyżur „pod telefonem” w oddziale: ..... **zł brutto za 1 godzinę**
- 4) wykonywanie czynności Kierownika oddziału: ..... **zł brutto za 1 godzinę**

5) świadczenia ambulatoryjne w poradni:

- porady ambulatoryjne ..... % wartości punktu NFZ
- konsultacje ..... zł brutto za 1 konsultację
- prowadzenie sesji psychoterapii ..... % wartości punktu NFZ
- badanie osób kierowanych przez Komisję Wojskową ..... zł brutto za 1 badanie
- badania z zakresu Medycyny Pracy ..... zł brutto za 1 badanie
- badania kierowców ..... zł brutto za 1 badanie
- inne .....

## V. ZAŁĄCZNIKI

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

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

.....  
Data

.....  
Pieczątką i podpis oferenta

