

OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie **udzielania świadczeń lekarskich w Poradni Medycyny Pracy**

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* 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 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) propozycja harmonogramu udzielania świadczeń:

poniedziałek od do

wtorek od do

środa od do

czwartek od do

piątek od do

W imieniu Przyjmującego zamówienie świadczenia będą udzielane przez następujące osoby (należy podać imię i nazwisko oraz numer prawa wykonywania zawodu i opis kwalifikacji):

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

2) Proponowany czas trwania umowy: od do

IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń lekarskich w Poradni Medycyny Pracy proponuję następujące ceny (cena brutto za 1 badanie z wydaniem zaświadczenia):

- a) badanie wstępne, okresowe lub kontrolne pracowników: zł
- b) badanie studentów, uczniów i kandydatów na uczniów: zł
- c) badanie do celów sanitarno-epidemiologicznych: zł
- d) badanie osób z orzeczeniem o niepełnosprawności dot. skróconej normy czasu pracy: zł
- e) badanie kierowcy lub osoby ubiegającej się o prawo jazdy: zł
- f) badanie osoby posługującej się bronią lub ubiegającej się o pozwolenie na broń: zł
- g) badanie przed szczepieniem: zł

V. ZAŁĄCZNIKI

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

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

.....
Data

.....
Pieczątką i podpis oferenta

