

## OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie:

- udzielanie stacjonarnych świadczeń lekarskich w Oddziale .....
- pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale .....
- pełnienie dyżurów „pod telefonem” w Oddziale .....
- udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni .....

### I. DANE O OFERENCIE

1. Pełna nazwa oferenta (zgodnie z wpisem do CEIDG)

.....  
.....

2. Adres siedziby oferenta: .....

3. 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 w postępowaniu karnym, mającym 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)\*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 **minimum** ..... dyżurów w oddziale

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

5) proponowany czas trwania umowy od ..... do .....

### IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące ceny:

<b>Oddział</b>	– świadczenia stacjonarne	..... zł brutto za 1 godzinę
	– dyżur w oddziale	..... zł brutto za 1 godzinę
	– dyżur „pod telefonem”	..... zł brutto za 1 godzinę
<b>Poradnia</b>	– porady ambulatoryjne	..... zł brutto za 1 punkt

## V. ZAŁĄCZNIKI

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

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....
- 5) .....
- 6) .....
- 7) .....
- 8) .....
- 9) .....
- 10) .....

.....  
Data

.....  
Pieczęć i podpis oferenta