

OFERTA

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Leżajsku składam ofertę w zakresie (proszę zaznaczyć właściwe):

- udzielanie stacjonarnych świadczeń lekarskich w Oddziale
- pełnienie dyżurów lekarskich w Oddziale
- pełnienie dyżurów „pod telefonem” w Oddziale
- wykonywanie czynności Kierownika w Oddziale
- udzielanie świadczeń ambulatoryjnych w Poradni
- udzielanie świadczeń nocnej i świątecznej opieki lekarskiej z zakresu POZ

I. DANE O OFERENCIE

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

.....
.....

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) 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 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 **minimum** dyżurow w oddziale

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

5) gotowość do pełnienia w miesiącu **minimum** dyżurow w POZ

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

.....

Proponowany czas trwania umowy

IV. CENA OFERTY I WARUNKI PŁATNOŚCI

Za udzielanie świadczeń proponuję następujące **ceny brutto**:

Oddział

- świadczenia stacjonarne zł za 1 godzinę
- dyżur w oddziale zł za 1 godzinę
- dyżur „pod telefonem” zł za 1 godzinę
- czynności kierownika oddziału zł za 1 godzinę

Poradnia

- porady ambulatoryjne za 1 punkt
- konsultacja pacjenta szpitalnego w oddziale zł za 1 konsultację
- konsultacja pacjenta szpitalnego w poradni zł za 1 konsultację
- inne badania (medycyna pracy, kom. wojskowa itp) zł za 1 badanie

POZ

- dyżur w dniu roboczym zł za 1 godzinę
- dyżur w dniu wolnym (obsada pojedyncza) zł za 1 godzinę
- dyżur w dniu wolnym (obsada podwójna) zł za 1 godzinę

V. ZAŁĄCZNIKI

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

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

.....
Data Pieczętka i podpis oferenta

