

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale..... (Podmiot)**  
**Udzielającego Zamówienia**

I. Dane oferenta:

		Imię i nazwisko nazwa podmiotu leczniczego									
		Rodzaj praktyki lekarskiej									
		Nr prawa wykonywania zawodu									
		Nr księgi rejestrowej									
Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej Rady Lekarskiej/ Wojewody)											
Adres zamieszkania		Miejscowość									
Kraj											
Kod pocztowy	Poczta										
Ulica		Nr domu			Nr lokalu						
E-mail		telefon			fax						
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj		Miejscowość									
Kod pocztowy	Poczta										
Ulica		Nr domu			Nr lokalu						
Działalność gospodarcza											
Firma		Siedziba									
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)		REGON									
Nazwa banku, Nr konta											

Zamość, dnia ..... 2023 r.

**II. Oferowana cena:**

**ZADANIE NR 1:**

**1. Oferowana cena (brutto) jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnych ordynacji lekarskich (\*):**

- a) dla lekarza specjalisty w dziedzinie ..... zł brutto (słownie: ..... złotych brutto,
- b) dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie ..... (tj. lekarz, który ukończył pierwszy rok specjalizacji i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) – .....00 zł (słownie: ..... złotych 00/100 brutto,

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zabezpieczenia świadczeń w wymiarze .....godzin miesięcznie, przy czym Udzielający Zamówienia decyduje jaka minimalna liczna godzin zostaje ostatecznie udzielona.

**ZADANIE NR 2:**

**2. Oferowana cena (brutto) jednej godziny udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji lekarskich (\*):**

- a) dla lekarza specjalisty w dziedzinie ..... zł brutto (słownie: ..... złotych brutto,
- b) dla lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie ..... (tj. lekarz, który ukończył pierwszy rok specjalizacji i uzyskał potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielną pracę) – .....00 zł (słownie: ..... złotych 00/100 brutto,
- c) dla lekarza posiadającego prawo wykonywania zawodu lekarza, który udziela świadczeń zdrowotnych pod nadzorem odpowiednio lekarza posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty .....00 zł (słownie: .....złotych 00/100 brutto),
- d) pełnienie nadzoru przez lekarza specjalistę w Oddziale nad lekarzem posiadającym prawo wykonywania zawodu lub będącym w trakcie specjalizacji w dziedzinie .....00 zł (słownie: .....złotych 00/100 brutto).

Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do zabezpieczenia świadczeń w wymiarze .....godzin miesięcznie, przy czym Udzielający Zamówienia decyduje jaka minimalna liczna godzin zostaje ostatecznie udzielona.

**III. Oświadczenia:**

**1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienną cen.**

**2. Oświadczam, że staż pracy lekarzy w zawodzie wynosi:**

- 1) .....lat,
- 2) .....lat,
- 3) .....lat,
- 4) .....lat.

**3. Oświadczam, że staż pracy lekarzy w .....wynosi:**

- 1) .....lat,
- 2) .....lat,
- 3) .....lat,
- 4) .....lat.

**4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.**

**5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **zawarcia do dnia 31 grudnia 2023 r.** i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 m-cy.**

**6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert.**

**7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.**

8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udziałającym Zamówienia oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

**IV. Do oferty załączam:**

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\* ,
2. Aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\* ,
3. Umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej)\* ,
4. Prawo wykonywania zawodu lekarza / lekarzy przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych - ..... szl.,
5. Dyplomy lekarza / lekarzy - ..... szl.,
6. Aktualne zaświadczenie o odbytych przez lekarza szkoleniu z zakresu bhp oraz orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy.
7. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....

(inne dokumenty -wskazać jakie)

\*-niewłaścicive skreślić

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka i podpis osoby uprawnionej)

