

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

**I. Dane oferenta:**

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

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 ..... (fj. 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 ..... (fj. 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 niezmiennosc cen.
  2. Oświadczam, że staż pracy lekarza w zawodzie wynosi: ..... lat.
  3. Oświadczam, że staż pracy lekarza w ..... wynosi: ..... lat.
  4. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyższej 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 dnia** ..... r. **do dnia** ..... 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 wszystkim 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 Udzielającym 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 przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. Dyplom lekarza,
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)

.....  
(miejsce, data)

.....  
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

\*-niewłaściwe skreślić

