FORMULARZ OFERTOWY

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie ………………………….**

**Dane oferenta**:

Imię \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwisko \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa podmiotu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

PESEL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres zamieszkania kod \_\_\_\_\_- \_­­­­­­\_\_\_\_\_miejscowość\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ul. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_nr \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej do doręczeń (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty) email\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Kwota (cena)**

Proponowana kwota należności za realizacje zamówienia

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj świadczenia | Forma rozliczenia | Proponowana cena brutto |
| Świadczenie wykonywane dla pacjentów uprawnionych do leczenia na podstawie umowy  z NFZ | Punkt rozliczeniowy |  |
| Odpłatne przyjęcie pacjenta | Od osoby |  |
| Badanie w ramach medycyny pracy | Od osoby |  |

Składając niniejszą ofertę dotyczącą udzielania świadczeń zdrowotnych   
w zakresie **świadczeń zdrowotnych wykonywanych przez lekarza specjalistę w zakresie ……………………………………………….** i oświadczam, że:

1. zapoznałem się i akceptuje treść ogłoszenia o konkursie, Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz projektu umowy i nie zgłaszam w tym zakresie zastrzeżeń,
2. posiadam wymagane kwalifikacje do realizacji zadań objętych konkursem ofert,
3. zobowiązuje się przed podpisaniem umowy przedstawić kserokopię polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej (OC) w zakresie przedmiotu umowy zgodnie z obowiązującymi aktualnie przepisami,
4. proponowana kwota należności za realizację zamówienia wg cen jednostkowych umieszczona jest w załączonej ofercie cenowej,
5. świadczenia udzielał/a będę zgodnie z ustalonym w terminie późniejszym harmonogramem.

**Załączniki:**

Do oferty załączam poświadczone kserokopie następujących dokumentów:

1. dyplom lekarza,
2. dyplom specjalizacji,
3. prawo wykonywania zawodu,
4. zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej CIGD,
5. aktualna polisa obowiązkowego OC potwierdzona przez Oferenta za zgodność.

Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym. Stan prawny określony w dokumentach nie uległ zmianie na dzień złożenia oferty.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(miejscowość, data) (czytelny podpis oferenta lub pieczątka)